

---

**Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus**

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Relatório de Estágio

## **Influência da episiotomia na sexualidade, após o parto**

Rita Alexandra dos Santos Junqueiro Rosado

Orientador(es) | Otília Zangão

Évora 2020

---

---

---

---



---

**Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus**

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Relatório de Estágio

## **Influência da episiotomia na sexualidade, após o parto**

Rita Alexandra dos Santos Junqueiro Rosado

Orientador(es) | Otília Zangão

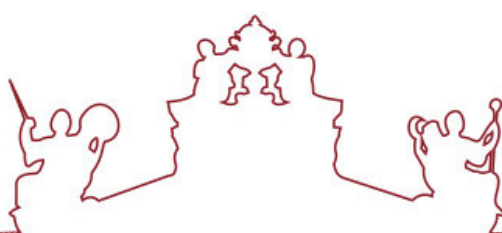
Évora 2020

---

---

---

---



O relatório de estágio foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus:

- Presidente | Ana Maria Aguiar Frias (Universidade de Évora)
- Vogal | Paula Cristina Vaqueirinho Bilro (Universidade de Évora)
- Vogal-orientador | Otília Zangão (Universidade de Évora)

## RESUMO

**Objetivo:** Analisar as atividades desenvolvidas ao longo do estágio e pesquisar sobre a influência da episiotomia na sexualidade, para a aquisição de competências de enfermagem especializadas e de investigação, no âmbito da saúde materna e obstétrica.

**Método:** Estágio realizado sob metodologia de supervisão clínica e realizado estudo Retrospectivo Descritivo e Correlacional de abordagem quantitativa. A população do estudo foram todas as mulheres assistidas ao longo do estágio, e para a pesquisa, as mulheres que frequentaram a Consulta de Enfermagem do Puerpério de março a junho de 2019. Os dados foram recolhidos por questionário, assegurando os procedimentos éticos com seres humanos. Para o tratamento de dados foi utilizado o *Software IBM® SPSS® Statistic*, versão 24.

**Resultados:** Foram cumpridas as experiências do ensino prático. A pesquisa não revelou diferenças estatisticamente significativas entre mulheres com parto com e sem episiotomia, quanto à sua função sexual, ao final do primeiro ano de pós-parto.

**Conclusões:** Objetivos do estágio atingidos e a pesquisa demonstra que a presença de episiotomia não tem influência na sexualidade feminina no final do primeiro ano após o parto.

**Descritores (MeSH):** Episiotomia; Sexualidade; Dispareunia; Comportamento Sexual.

## INFLUENCE OF EPISIOTOMY ON POSTPARTUM SEXUALITY

### ABSTRACT

**Objective:** To analyze the activities developed during the internship and to investigate the influence of episiotomy on sexuality, for the acquisition of specialized nursing and research skills in the context of maternal and obstetric health.

**Method:** Internship conducted with the methodology of clinical supervision and conducted a Retrospective Descriptive and Correlational study with quantitative approach. The study population was all women assisted throughout the internship, and for the survey, women who attended the Puerperal Nursing Consultation, from March to June 2019. Data were collected through a questionnaire applied to women, ensuring all ethical procedures with humans. *Software IBM® SPSS® Statistic*, version 24 was used in order to process data.

**Results:** The experiences of practical teaching were fulfilled. The research did not reveal statistically significant differences between women with and without episiotomy regarding their sexual function at the end of the first year postpartum.

**Conclusions:** Stage goals achieved, and research shows that the presence of episiotomy has no influence on female sexuality at the end of the first year after delivery.

**Descriptors (MeSH):** Episiotomy; Sexuality; Dyspareunia; Sexual Behavior.

## ÍNDICE

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>9</b>
<b>2. ANÁLISE DO CONTEXTO.....</b>	<b>13</b>
2.1. CARATERIZAÇÃO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL .....	13
2.1.1. Caraterização da Estrutura Física e Organizacional do Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica .....	14
2.1.2. Caraterização da Estrutura Física e Organizacional do Serviço de Obstetrícia e Consulta Externa de Obstetrícia .....	18
2.1.3. Caraterização da População que recorre ao Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica .....	22
2.2. ANÁLISE CASUÍSTICA DE PARTOS .....	22
2.3. FUNDAMENTAÇÃO DA ESCOLHA DA TEMÁTICA.....	25
<b>3. METODOLOGIA .....</b>	<b>32</b>
3.1. OBJETIVOS DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL .....	32
3.1.1. Objetivos da Componente Clínica .....	32
3.1.2. Objetivos da Componente de Investigação .....	34
3.2. TIPO DE ABORDAGEM METODOLÓGICA.....	34
3.3. POPULAÇÃO-ALVO .....	37
3.4. ANÁLISE DE DADOS .....	38
3.4.1. Caraterização da População-alvo da Temática.....	38
3.4.2. Dados recolhidos através do FSFI .....	40
<b>4. DESCRIÇÃO DO PERCURSO DE REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL PARA AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS .....</b>	<b>46</b>
4.1. PERCURSO DE REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL NO SERVIÇO DE URGÊNCIA OBSTÉTRICA E GINECOLÓGICA.....	46
4.2. PERCURSO DE REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL NA CONSULTA EXTERNA DE OBSTETRÍCIA .....	56
4.3. PERCURSO DE REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL NO SERVIÇO DE OBSTETRÍCIA .....	58
4.3.1 Serviço de Obstetrícia – Puerpério .....	59
4.3.2 Serviço de Obstetrícia – Grávidas/Ginecologia.....	62
<b>5. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS..</b>	<b>66</b>
5.1. PROCESSO DE MOBILIZAÇÃO E AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS .....	66
5.2. PROCESSO DE MOBILIZAÇÃO E AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE INVESTIGAÇÃO .....	70
<b>6. CONCLUSÃO.....</b>	<b>73</b>

<b>7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>76</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>82</b>
<b>Apêndice A: Experiências decorrentes do Estágio de Natureza Profissional .....</b>	<b>83</b>
<b>Apêndice B: Revisão da Literatura .....</b>	<b>84</b>
<b>Apêndice C: Questionário Aplicado às Puérperas do CHBM, EPE .....</b>	<b>109</b>
<b>Apêndice D: Consentimento Informado Livre e Esclarecido .....</b>	<b>117</b>
<b>Apêndice E: Proposta de Projeto do Estágio Final .....</b>	<b>118</b>
<b>Apêndice E: Estudo de caso realizado em Consulta de Enfermagem do Puerpério .....</b>	<b>124</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>147</b>
<b>Anexo A: Autorização do Dr. Pedro Pechorro para a Utilização da Validação Portuguesa do Índice de Funcionamento Sexual Feminino (FSFI) .....</b>	<b>148</b>
<b>Anexo B: Parecer da Comissão de Ética para a Investigação nas Áreas da Saúde Humana e Bem-Estar da Universidade de Évora para Aplicação do Estudo .....</b>	<b>149</b>
<b>Anexo C: Autorização Institucional para Aplicação do Estudo e respetivo Parecer da Comissão de Ética do CHBM, EPE .....</b>	<b>150</b>
<b>Anexo D: Instrumento de registo do Projeto Maternidade com Qualidade .....</b>	<b>152</b>
<b>Anexo E: Plano de partos do CHBM, EPE .....</b>	<b>153</b>

### **Índice de Figuras**

Figura 1-Área de abrangência do CHBM, EPE.....	13
Figura 2 - Gráfico: Número de Partos no SUOG do CHBM, EPE (2014 a 1º Semestre de 2019) .....	23
Figura 3 - Gráfico: Tipo de Partos no SUOG do CHBM, EPE (2014 a 1º Semestre de 2019)	24
Figura 4 - Gráfico: Número de partos eutócicos e episiotomias realizados pelo EESMO no SUOG do CHBM, EPE (2014 a 1º Semestre de 2019).....	24

### **Índice de Tabelas**

Tabela 1 - Valores de Alfa de Cronbach .....	40
Tabela 2 - Correlações .....	41
Tabela 3 - Teste de Homogeneidade de Variâncias.....	41
Tabela 4 - Dominios FSFI: Resultados da MANOVA .....	42
Tabela 5 - Estatística Descritiva: Média e Desvio-Padrão .....	43



## 1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho, Relatório de Estágio, insere-se na Unidade Curricular de Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final, integrada no Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus (ESESJD) da Universidade de Évora. Esta experiência clínica decorreu no Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, Empresa Pública Empresarial (CHBM, E.P.E.). Nomeadamente no Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica (SUOG), Consulta Externa de Obstetrícia, Serviço de Obstetrícia e Técnicas de Ginecologia, com início a 17 de setembro de 2018 e término a 01 de julho de 2019, com um total de cerca de 1152 horas presenciais, sob a orientação pedagógica da Professora Maria Otília Zangão, e dos orientadores clínicos dos diferentes serviços.

Além de dar resposta aos conteúdos programáticos do Plano de Estudos da Unidade Curricular, este estágio vai ao encontro das diretivas europeias relativas ao reconhecimento das qualificações profissionais do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica, publicada na Diretiva n.º 2005/36/CE, do Parlamento e do Conselho das Comunidades Europeias de 7 de setembro, e transposta para o direito nacional na Lei nº 9/2009 de 4 de março, página 1515, quando se refere ao ensino prático e ao ensino clínico do programa de estudos para as parteiras:

- Consultas de grávidas incluindo, pelo menos, 100 exames pré-natais;
- Vigilância e cuidados prestados a, pelo menos, 40 parturientes;
- Realização pelo aluno de pelo menos 40 partos; quando este número não puder ser atingido por falta de parturientes, pode ser reduzido, no mínimo, a 30, na condição de o aluno participar, para além daqueles, em 20 partos;
  - Participação ativa em partos de apresentação pélvica (...);
  - Prática de episiotomia e iniciação à sutura (...);
  - Vigilância e cuidados prestados a 40 grávidas, em situação de risco;
  - Vigilância e cuidados, de pelo menos 100 parturientes e recém-nascidos;
  - Observações e cuidados a recém-nascidos que necessitem de cuidados especiais, incluindo recém-nascidos prematuros, bem como de peso inferior ao normal e recém-nascidos doentes;

- Cuidados a mulheres que apresentem patologias no domínio da ginecologia e obstetrícia.

Neste sentido, serão apresentadas as minhas experiências ao longo do estágio de natureza profissional em Apêndice A.

A elaboração deste relatório representa a análise crítica e reflexiva sobre as atividades e resultados obtidos durante o estágio, quanto ao meu desenvolvimento de competências como futura Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (EESMO), realizando intervenções no sentido da promoção da melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem especializados prestados à mulher e família no período pré-concepcional, na gravidez, durante o trabalho de parto, parto e pós-parto, recém-nascidos e em mulheres com afeções ginecológicas.

O enfermeiro especialista é aquele que tem competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados, demonstrados através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados, bem como de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria. Neste sentido, as suas competências envolvem as dimensões da educação, orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de realizar investigação relevante e pertinente, com o objetivo de avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem (OE, 2019b).

Neste sentido, foram definidos quatro domínios de competências comuns dos enfermeiros especialistas, são estes: responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão de cuidados e desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais (OE, 2019b). Como competências específicas para o EESMO, pretende-se que este se encontre capacitado para cuidar a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e período pré-concepcional, período pré-natal, durante o trabalho de parto, período pós-natal, climatério, a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica e atuando nos cuidados do grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade (OE, 2019a).

De forma a demonstrar a aquisição de competências especializadas e de investigação, será abordada a temática da influência da episiotomia na sexualidade após o parto, problemática que propus aprofundar, utilizando a metodologia de investigação, refletindo sobre a evidência científica e transpondo-a para a minha prática. A escolha da temática da sexualidade, resultou da minha experiência na área da obstetrícia, mais propriamente na realização da Consulta de Enfermagem do Puerpério, que se efetua na instituição onde exerço a minha atividade profissional, em que no decurso destas consultas, fui verificando que muitos casais apresentavam dúvidas sobre o recomeço da atividade sexual após o parto.

Seguindo esta ordem de ideias comecei a pensar porque não debruçar-me sobre esta problemática, pois a sexualidade é uma energia que nos motiva a procurar amor, contacto, ternura e intimidade, que se integra no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados, é ser-se sensual e ao mesmo tempo sexual; ela influencia pensamentos, sentimentos, ações e interações e, por isso, influencia também a nossa saúde física e mental (World Health Organization [WHO], 2017). Desta forma podemos encarar a sexualidade como uma parte integrante do ser humano, ao longo do seu ciclo vital.

É amplamente conhecido que a gravidez, parto, puerpério e o período que se segue têm impacto significativo na vida da mulher, na sua vertente física, psicológica e social. Sendo a sexualidade, por vezes, alterada nesta transição para a parentalidade, torna-se relevante tentar perceber os motivos que comprometem a mesma.

A mulher sofre modificações físicas após o parto e por conseguinte, alterações na sua imagem corporal e autoconceito podendo afetar a sexualidade, tendo impacto na vida do casal. Muitos casais retomam a atividade sexual antes dos 45 dias após o parto, sendo que os tecidos da vagina e/ou períneo, afetados durante o trabalho de parto e parto, quer pela realização de episiotomia, quer pela presença de lacerações, necessitam de três a seis semanas para cicatrizar (Lowdermilk, Perry & Bobak, 2002). Assim, as mulheres podem apresentar-se relutantes em retomar a atividade sexual, por medo, dor, ou preocupação em relação à possibilidade do coito comprometer a cicatrização dos tecidos perineais (Lowdermilk & Perry, 2007).

Nas últimas décadas, tem-se notado a influência do desenvolvimento científico e tecnológico na área da saúde, resultando na medicalização de alguns processos fisiológicos, tais como a gravidez e parto, visando garantir uma maior qualidade e segurança para a grávida, parturiente e recém-nascido. Assim torna-se pertinente aprofundar conhecimentos sobre a influência da episiotomia na sexualidade da mulher, sendo esta um ato cirúrgico, muitas vezes realizado durante o parto.

A episiotomia consiste numa incisão do períneo com o objetivo de aumentar o canal de parto e evitar outros traumas perineais. Contudo, não existe evidência clínica de que a episiotomia diminua a frequência de lesão perineal, incontinência urinária ou futuros prolapsos vaginais (Graça, 2010), sendo essencial modificar comportamentos e capacitar os profissionais de saúde para a realização de partos sem episiotomia, abandonado assim a prática da episiotomia por rotina (OE, 2013).

Também a Organização Mundial de Saúde (OMS) nos diz que até ao presente momento não há evidência que corrobore a necessidade de realizar episiotomia em nenhuma situação

(WHO, 2018). Para o International Confederation of Midwives ([ICM], 2019), o EESMO deve promover um trabalho de parto e parto fisiológicos, prevenindo intervenções rotineiras desnecessárias como a episiotomia através de técnicas como liberdade de movimentos durante o trabalho de parto, mudança de posição de nascimento, avaliação das características dos tecidos das mulheres e o treino da força na mulher para controlo no período expulsivo, promovendo a integridade perineal. Sendo que o EESMO desempenha um papel fundamental no aconselhamento e esclarecimento de dúvidas e angústias resultantes de alterações da resposta sexual feminina, é premente a necessidade de estar atualizado na área da sexualidade humana e incluir esta temática na preparação da alta hospitalar e cuidados de saúde primários.

De forma a refletir sobre a aquisição e desenvolvimento das competências, torna-se premente a elaboração de um relatório que facilite este processo, pois os modelos de formação para a competência possibilitam o desenvolvimento de capacidades criativas, de tomada de decisão e a aprendizagem sobre a reflexão das práticas (Dias, 2006).

Assim, como objetivos deste relatório de estágio, delineei:

- Analisar as atividades desenvolvidas ao longo do Estágio de Natureza Profissional, para a aquisição de competências no cuidado de enfermagem especializado no âmbito da saúde materna e obstétrica, desenvolvendo a capacidade reflexiva e de análise do meu processo ensino/aprendizagem;
- Demonstrar a aquisição de competências de investigação através da pesquisa realizada com a temática da influência da episiotomia na sexualidade após o parto.

Este relatório foi elaborado de acordo com o Regulamento Académico da Universidade de Évora, despacho nº 3144/ 2019 de 21 março e está estruturado em sete capítulos. O documento inicia-se com a presente introdução, seguindo-se a análise do contexto de realização do Estágio de Natureza Profissional. Posteriormente, surge a metodologia, na qual abordarei os objetivos do estágio e da temática bem como a fundamentação das atividades desenvolvidas, a abordagem metodológica e a análise de dados. De seguida, descrevo o desenvolvimento do percurso de realização do estágio para a aquisição de competências especializadas e respetivos recursos por mim utilizados, depois segue-se a apreciação reflexiva sobre o processo de aquisição de competências com a discussão de resultados e o processo de mobilização e aquisição de competências especializadas e de investigação. Por fim, apresento as conclusões e as referências bibliográficas. Como complementos ao texto apresento apêndices e anexos devidamente referenciados. O relatório encontra-se elaborado conforme as normas da *American Psychological Association* (APA, 2012).

## 2. ANÁLISE DO CONTEXTO

Neste capítulo, caracterizo os contextos em que decorreu o Estágio de Natureza Profissional e respetivos recursos humanos e materiais disponíveis, bem como demonstro a realidade do SUOG do CHBM, EPE, no que diz respeito à casuística de partos e estatísticas da episiotomia realizada pelos EESMO, por forma a justificar as necessidades de aprofundar a temática referida, nomeadamente no que se reporta à aquisição de competências profissionais.

### 2.1. CARATERIZAÇÃO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

O CHBM, EPE foi criado a 1 de novembro de 2009, através do Decreto-lei n.º 280/2009, integrando o Hospital Nossa Senhora do Rosário (Barreiro) e o Hospital Distrital do Montijo. Encontra-se situado a sul do rio Tejo, perto da cidade de Lisboa. Este Hospital dá apoio a uma população de cerca de 214 000 habitantes (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2012). A sua área de influência geográfica engloba os concelhos do Barreiro, Moita, Montijo e Alcochete, localizados na Península de Setúbal (Figura 1).



**Figura 1-Área de abrangência do CHBM, EPE**

Fonte: Matriz Energética dos concelhos do Barreiro, Moita, Montijo e Alcochete ([https://www.mun-montijo.pt/cmmtijo/uploads/writer\\_file/document/3007/Matriz\\_energetica\\_Montijo-Moita-Barreiro-Alcochete.pdf](https://www.mun-montijo.pt/cmmtijo/uploads/writer_file/document/3007/Matriz_energetica_Montijo-Moita-Barreiro-Alcochete.pdf))

Esta instituição hospitalar pretende assegurar os cuidados de saúde a nível da educação, promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, garantindo a igualdade no acesso a esses mesmos cuidados por parte dos cidadãos. O CHBM, EPE procura estabelecer sinergias com outras

instituições de forma a promover a satisfação dos utentes, dos profissionais e da comunidade. Neste sentido, articula-se com o Agrupamento de Centros de Saúde Arco Ribeirinho, no âmbito da prestação de cuidados de saúde à população (CHBM, EPE, 2012a).

O CHBM, EPE nomeia-se como uma unidade prestadora de cuidados de saúde diferenciados, sendo qualificado como Hospital Distrital de valências básicas e intermédias (nível II). Desta forma, dispõe de diversos serviços especializados nos quais é possível prestar assistência à população em diferentes valências, nomeadamente, a nível de Internamento, Consulta Externa, Urgência, Hospital de Dia e Assistência Domiciliária (CHBM, EPE, 2012a).

Os seus diferentes serviços encontram-se distribuídos por cinco pisos, agrupados por áreas funcionais, com a intenção de privilegiar uma estrutura departamental que visa a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde. Assim sendo, as suas áreas funcionais contemplam a Área da Saúde da Mulher e da Criança; a Área Médica; a Área Cirúrgica; a Área de Psiquiatria e Saúde Mental e a Área de Ambulatório (CHBM, EPE, 2012a).

Relativamente à Área da Saúde da Mulher e da Criança, localizada na unidade do Barreiro (edifício do Hospital Nossa Senhora do Rosário), inclui os Serviços de Urgência Obstétrica e Ginecológica, Obstetrícia, Ginecologia, Consulta de Saúde Materna, Serviço de Urgência Pediátrica, Pediatria e Neonatologia.

Ao nível das políticas internas da instituição, destaca-se a política de proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno, de acordo com a Declaração Conjunta da OMS e do Fundo Internacional de Emergência das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) de 1989, sendo acreditado como Hospital Amigo dos Bebés, desde setembro de 2012 (CHBM, EPE, 2012b). No corrente ano de 2019, os Serviços de Obstetrícia, Pediatria, Neonatologia e Urgência Obstétrica e Ginecológica foram sujeitos a novas auditorias, para revalidação do referido processo de acreditação, o qual foi obtido com sucesso.

#### 2.1.1. Caracterização da Estrutura Física e Organizacional do Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica

O SUOG integra o Bloco de Partos e encontra-se situado no piso térreo do CHBM, EPE, próximo dos Serviços de Urgência Geral e Pediátrica, da Unidade de Cuidados Intensivos e do Bloco Operatório Central. Devido ao facto da instituição possuir apenas cuidados intermédios neonatais, o SUOG assegura cuidados a mulheres em trabalho de parto espontâneo a partir das

34 semanas de gestação, pelo que a nível inter-hospitalar, se articula com outros hospitais, principalmente da Região Vale do Tejo, por forma a garantir a transferência dessas mulheres para instituições hospitalares com unidades diferenciadas de apoio perinatal.

O SUOG divide-se em quatro áreas distintas: Admissão, Bloco de Partos, Bloco Operatório e Recobro. No *hall* de entrada situa-se a receção, onde se encontra a administrativa e uma sala de espera para as utentes, equipada com instalação sanitária. Transpondo a porta, encontra-se a zona da Admissão constituída por uma casa de banho utilizada para a preparação física das grávidas/parturientes; um gabinete de enfermagem com computador, onde é realizada a triagem e o processo de admissão das mulheres, integrando também uma casa de banho com duche para uso das utentes. Ainda neste hall encontram-se dois gabinetes médicos, equipados, cada um deles, com um computador e uma marquesa ginecológica e uma sala para avaliação do bem-estar materno-fetal e/ou realização de exames complementares de diagnóstico, dispondo respetivamente, de dois cardiotocógrafos e um aparelho de ecografia móvel. No corredor da Admissão, separado fisicamente do Bloco de Partos por uma porta, existem ainda três macas para utentes, que por indicação médica permanecem em vigilância.

De seguida no Bloco de Partos, no lado esquerdo do corredor, localiza-se o vestiário da equipa multidisciplinar, com a respetiva casa de banho; segue-se o gabinete da enfermeira responsável de serviço; a sala da equipa médica; a sala de enfermagem; a sala de limpos; a sala de sujos e por fim a copa. Do lado direito do corredor dispõem-se sete salas de parto individuais, vulgarmente designados de *boxes*, sendo que apenas quatro delas dispõem de janelas, recebendo iluminação natural. É nas *boxes* que se efetua a vigilância do trabalho de parto (TP), onde são realizados os partos eutócicos ou distócicos por via baixa, a prestação de cuidados imediatos ao recém-nascido (RN) e os cuidados de enfermagem inerentes ao puerpério imediato, sempre que a logística do serviço o permite, no sentido de se promover o alojamento conjunto da díade/tríade e privacidade.

Cada *boxe*, é composta por uma marquesa de parto; um reanimador de RN; um aparelho de cardiotocografia; um *dinamap*; uma bomba infusora e todo o material necessário à realização de um parto vaginal, bem como equipamentos para assegurar a adaptação do RN à vida extrauterina. Quatro das *boxes* têm ainda um cadeirão, disponível para a pessoa que acompanhada a grávida ou parturiente. Entre as *boxes* 4 e 5 existe ainda uma pequena arrecadação, para armazenamento do material hospitalar, cuja gestão é processada pelo Sistema de Gestão Integrado *e-Kaban*.

No final do Bloco de Partos encontra-se o transfere e a respetiva casa de banho de apoio, que acedem à zona do Bloco Operatório. Neste espaço, existem duas salas operatórias, uma destinada à realização de cesarianas eletivas ou urgentes/emergentes e eventualmente, cirurgias ginecológicas mais complexas e outra sala, de menores dimensões, para procedimentos e intervenções do foro ginecológico. Ambas as salas cirúrgicas estão dotadas de todo o material e equipamento necessário, nomeadamente: marquesa operatória, ventiladores, bisturi elétrico e carro de anestesiologia. A sala de cesarianas dispõe ainda de um carro de urgência com desfibrilhador, um reanimador de RN, uma balança para pesagem do RN. Junto das salas operatórias existe também um berçário, com reanimador de RN e incubadora de transporte neonatal.

A sala de Recobro, apesar de fazer parte do Bloco Operatório, encontra-se fisicamente separada deste, localizando-se na parte central, do corredor direito, da zona do Bloco de Partos. Nesta sala são assegurados os cuidados pós-cirúrgicos a mulheres submetidas a intervenções ginecológicas, na vigilância das puérperas de parto por cesariana e respetivo RN, bem como nas puérperas de parto vaginal, quando não é possível a sua permanência na *boxe* onde foi realizado o parto.

As puérperas de parto eutócico e distócico são transferidas para o Serviço de Obstetrícia, localizado no 5º piso, após as duas primeiras horas de puerpério imediato, exceto em caso de intercorrências que justifiquem a sua vigilância no Bloco de Partos. Os recém-nascidos acompanham as mães para o Serviço de Obstetrícia ou são transferidos para o Serviço de Neonatologia, no 4º piso, quando apresentam alguma alteração que necessite de vigilância específica.

Este serviço prima pela qualidade dos seus cuidados e neste âmbito aderiu ao projeto ‘Maternidade com Qualidade’, promovido pela Ordem dos Enfermeiros e implementado no ano de 2014, tendo como objetivo privilegiar medidas não farmacológicas para o alívio da dor, como a musicoterapia, duche de água quente, técnicas respiratórias, massagem *Shiatsu* e o balanceamento na bola de *Pilates*; adotar posições não supinas no decorrer do trabalho de parto e parto. As utentes podem ainda optar pela ingestão de líquidos durante o trabalho de parto, realização de analgesia epidural, pressupõe-se a realização de episiotomia seletiva. A parturiente pode escolher uma pessoa para acompanhá-la durante o trabalho de parto e parto, iniciar a amamentação e o contacto pele-a-pele na primeira hora de vida. Todos os cuidados ao recém-nascido são realizados junto da mãe de modo a promover a vinculação da díade/tríade, incentivando o aleitamento materno. Este serviço distingue-se também pela segurança dos recém-nascidos, logo após o nascimento, é colocado no pé do recém-nascido uma pulseira anti raptos. Trata-se de uma pulseira eletrónica *Hugs* ligada a um sistema informático centralizado,



apenas desativada no momento da alta do recém-nascido, pelos enfermeiros do Serviço de Obstetrícia ou Neonatologia.

Relativamente aos registos de enfermagem, estes são realizados através da aplicação informática denominada de Sistema Integrado de Registo de Informação para Urgências (SIRIU), no qual o EESMO efetua os registos da triagem das mulheres que acedem ao serviço, atribuindo no sistema uma cor correspondente à prioridade da situação clínica (Triagem de *Manchester*). Os restantes registos relacionados com a vigilância do trabalho de parto, parto, puerpério imediato, atos cirúrgicos e registos do RN são realizados no programa informático SClínico. Quanto aos procedimentos cirúrgicos, os enfermeiros efetuam o preenchimento de uma *check list* de verificação operatória, desde 2014, inserida no SClínico, no âmbito do programa “Cirurgia Segura Salva Vidas”. Desde 2017 existe no serviço uma Central Informatizada *Omniview-SisPorto*, que permite visualizar as cardiocotografias em curso no SUOG, conduzindo a uma análise contínua dos mesmos a partir da sala de registos de enfermagem e permitindo atuar de forma mais célere e eficaz.

Quanto aos recursos humanos, a equipa de enfermagem do SUOG é constituída pela enfermeira responsável ou coordenadora de serviço, detentora do título de EESMO e 24 EESMO, sendo que destas, seis são mestres em EESMO. A maioria das enfermeiras desenvolve as suas atividades em regime de *roulement*, exceto a enfermeira responsável e outra das EESMO, que está em horário fixo, assumindo funções de gestão e de prestação de cuidados, de acordo com as necessidades do serviço. Durante o turno da manhã, geralmente, encontram-se escalados quatro elementos da equipa de enfermagem, em que um é distribuído na Admissão, dois no Bloco de Partos e o outro no Bloco Operatório. Nos turnos da tarde e da noite a prestação dos cuidados de enfermagem é assegurada por três EESMO.

No SUOG o método de prestação de cuidados de enfermagem preconizado é o método de equipa, havendo um enfermeiro chefe de equipa, que é responsável pela distribuição dos cuidados atribuídos aos restantes enfermeiros, por tomar decisões que ocorram face a discordâncias de ordem técnica ou organizacional, por fazer face à coordenação do trabalho nas situações de emergência e supervisionar as intervenções dos seus elementos (Costa, 2004). No entanto, face à falta de recursos humanos, o enfermeiro chefe de equipa, para além de assegurar as responsabilidades enumeradas também tem utentes atribuídas, às quais presta cuidados de enfermagem especializados.

Em relação à equipa médica, esta é composta pela Diretora de Serviço; 11 especialistas de Obstetrícia/Ginecologia, sendo que sete são assistentes hospitalares graduados e por cinco

médicas do Internato Complementar de Ginecologia e Obstetrícia. Diariamente, a escala de rotatividade das equipas médicas no SUOG é assegurada por três elementos, que se articulam com dois pediatras e um anestesista. Os pediatras prestam assistência ao RN de parto distócico, bem como a qualquer outro RN cuja condição de saúde o exija. O anestesista, também disponível durante as 24 horas, pode ser solicitado para a realização de técnicas como a analgesia epidural ou para procedimentos cirúrgicos que requerem anestesia. A restante equipa multidisciplinar abrange oito assistentes operacionais, uma assistente de limpeza e uma administrativa da unidade.

#### 2.1.2. Caracterização da Estrutura Física e Organizacional do Serviço de Obstetrícia e Consulta Externa de Obstetrícia

O Serviço de Obstetrícia, situado no 5º piso do CHBM abrange o internamento de grávidas e puérperas, dispondo de 25 camas e respetivos berços, promovendo o alojamento conjunto (mãe e recém-nascido). As camas estão distribuídas por seis enfermarias de três camas respetivamente, duas enfermarias com duas camas onde se prioriza o internamento de puérperas de parto distócico por cesariana, todas as enfermarias dispõem de instalações sanitárias e respetivo duche. Por fim, existem três quartos individuais com respetivas instalações sanitárias.

Todas as enfermarias encontram-se localizadas no lado esquerdo do Serviço, após a entrada no mesmo. Ainda neste lado do serviço e logo após a porta de entrada encontra-se uma sala onde é realizada a Consulta de Enfermagem de Puerpério com computador, muda-fraldas e marquesa. Esta consulta, é agendada na data de alta hospitalar da tríade, preferencialmente 48h após a alta, onde são observados mãe e bebé, são reforçados ensinamentos realizados durante o internamento, são aferidas dúvidas e questões e realizados encaminhamentos para a equipa multidisciplinar quando necessário. O grande objetivo desta consulta é o aconselhamento e apoio ao aleitamento materno.

Do lado direito do serviço e logo após a entrada com porta fechada e sujeita a código de entrada, apenas reconhecido pelos profissionais de saúde da respetiva valência, encontra-se uma sala denominada de Cantinho de Amamentação, aberto 24h às puérperas que apresentem dúvidas ou necessitem de apoio, prima-se este espaço para a continuidade de cuidados após a alta e apoio ao aleitamento materno. Este espaço dispõe de bombas de extração de leite, sendo também utilizado por mulheres com patologia internadas nos diversos serviços que amamentem, profissionais do Hospital que amamentem e mulheres que têm seus filhos

internados nos serviços de pediatria e neonatologia. De seguida, encontra-se a sala de registos dos profissionais de saúde com computadores, onde estão os processos físicos dos utentes. Neste espaço existe ainda um telefone, onde são atendidas as chamadas telefónicas das puérperas com dúvidas, pelos enfermeiros de serviço, esta linha de apoio à puérpera, funciona 24h, e não passa pela central telefónica do hospital.

Após a sala de registos e com acesso direto sem passar pelo corredor do serviço apresenta-se o berçário, onde se situa o carro de urgência, três ressuscitadores para RN e respetivo material de apoio às intervenções, balança pediátrica e balança de adulto. Esta sala dispõe ainda de um bilirrubinômetro (doseador da bilirrubina transcutânea), oxímetros de pulso, entre outros materiais de apoio. Continuando pelo corredor, apresenta-se o gabinete do Enfermeiro responsável pelo serviço, logo após temos uma sala de trabalho para os enfermeiros, que alberga a medicação para os utentes com material de soros, estupefacientes e equipamento de apoio a procedimentos. De seguida, encontra-se uma sala que se denomina de rouparia, onde também são guardados os aparelhos de fototerapia, *dinamaps*, bombas infusoras, banheiras dos recém-nascidos entre outros. De seguida uma arrecadação, para armazenamento do material hospitalar, cuja gestão é processada pelo Sistema de Gestão Integrado *e-Kaban*. Segue-se a sala de sujos, logo após uma sala de esterilizados onde são realizadas determinadas técnicas como remoção de pontos e/ou agraças após a alta hospitalar, colocação de implantes subcutâneos, entre outros, e por fim as instalações sanitárias para os profissionais do serviço.

Durante o internamento é realizado a todos os recém-nascidos rastreios de modo a despistar malformações congénitas, auditivas e visuais. É realizado o Rastreio das Cardiopatias Congénitas a partir das 24h após o parto, o Rastreio Auditivo Neonatal Universal realizado no dia da alta pela audiologista e o Rastreio do Olho Vermelho no Recém-nascido que é realizado pelo pediatra também no dia da alta. O tempo de internamento varia de acordo com o estado clínico da grávida, puérpera e recém-nascido, assim como o tipo e a hora do parto. Caso não existam intercorrências detetadas, no parto via vaginal o internamento tem uma duração de aproximadamente 48h e no parto por cesariana tem duração de 72h.

O serviço de obstetrícia proporciona às grávidas provenientes da Consulta Externa de Obstetrícia ou qualquer grávida da área de influência do hospital, um Curso de Preparação para o Nascimento e um Curso de Recuperação Pós-Parto e *Yoga* para grávidas, ministrados pelos EESMO. Para dar resposta à continuidade de cuidados e promoção e apoio ao aleitamento materno, o Serviço de Obstetrícia oferece todas as terceiras terças-feiras de cada mês pelas 14h, os Encontros de Mãe para Mãe no auditório do Hospital Nossa Senhora do Rosário, onde são

esclarecidas dúvidas relativas à amamentação e onde é partilhado conhecimentos e experiências vividas pelas diferentes mães, com apoio de uma enfermeira do SUOG ou Serviço de Obstetrícia

O CHBM também disponibiliza o “Projeto Nascer Cidadão” em que os pais podem registar o recém-nascido num espaço que se encontra no hall do 5º piso, junto à entrada para o Serviço de Obstetrícia, que funciona de segunda-feira a sábado das 13h às 17h. Neste espaço é possível também fazer o cartão de cidadão do recém-nascido. Este serviço encontra-se dotado do sistema de pulseiras eletrónicas *Hugs* ligadas a um sistema informático centralizado, apenas desativada no momento da alta do recém-nascido, pelos enfermeiros do Serviço de Obstetrícia.

Os registos de enfermagem, estes são realizados no programa informático SClínico, havendo um processo informatizado para cada grávida, mãe e bebé. Inserido neste programa, é realizado diariamente, no turno da manhã, a Classificação de doentes, o registo das vacinas na plataforma nacional de Registo Centralizado de Vacinas e é realizada a Notícia de Nascimento na data de alta do RN, conforme norma da Direção Geral de Saúde. Desde 2017 existe no serviço uma Central Informatizada *Omniview-SisPorto*, que permite visualizar as cardiocografias em curso no Serviço de Obstetrícia, permitindo uma análise contínua dos mesmos a partir da sala de registos de enfermagem.

Quanto aos recursos humanos, a equipa de enfermagem do Serviço de Obstetrícia é constituída pelo enfermeiro responsável ou coordenador de serviço, detentor do título de EESMO; nove EESMO, sendo quatro Mestres em EESMO e 12 enfermeiros generalistas. A maioria dos enfermeiros desenvolve as suas atividades em regime de *roulement*, exceto o enfermeiro responsável e duas EESMO, que estão em horário fixo, uma assumindo funções de gestão e de prestação de cuidados, de acordo com as necessidades do serviço e outra afeta à Consulta de Enfermagem do Puerpério. Durante o turno da manhã, geralmente, encontram-se escalados três elementos da equipa de enfermagem, com utentes atribuídas. Preconiza-se em que todos os turnos esteja presente pelo menos um EESMO. Nos turnos da tarde e da noite a prestação dos cuidados de enfermagem é assegurada por dois enfermeiros. Neste serviço, o método de prestação de cuidados de enfermagem preconizado é o método de trabalho enfermeiro responsável, quando há EESMO, este fica responsável pelas grávidas internadas.

Em relação à equipa médica, esta é composta pelos mesmos elementos do SUOG. Diariamente, nos dias úteis e turno da manhã, está presente um médico obstetra, que garante a vigilância de puérperas e grávidas e é responsável pelas altas médicas do serviço. Quando há necessidade devido a intercorrências com as utentes, no turno da tarde e da noite, são contactados

os médicos presentes no SUOG. Os pediatras prestam assistência aos RN diariamente, estando presentes no serviço no turno da manhã e são responsáveis pelas altas pediátricas. Nos restantes turnos, caso ocorra alguma intercorrência com os RN, são contactados os pediatras escalados na urgência pediátrica. A restante equipa multidisciplinar abrange duas audiologistas, 10 assistentes operacionais, uma assistente de limpeza e uma administrativa da unidade.

Do outro lado do hall, perpendicularmente ao Serviço de Obstetrícia encontra-se as Consultas Externas de Obstetrícia, Técnicas de Ginecologia e Internamento de Ginecologia. As Consultas Externas de Obstetrícia possuem seis gabinetes, um onde são efetuadas as consultas de bem-estar materno-fetal com três cardiotocógrafos, realizando-se as cardiotocografias às utentes seguidas nesta consulta ou seguidas na área de abrangência do Hospital, um gabinete para a Consulta de Interrupção Voluntária da Gravidez, dois gabinetes para Consultas de Enfermagem de Obstetrícia e dois gabinetes médicos. Todos os gabinetes encontram-se apetrechados com computadores, marquesas e materiais de apoio à consulta. Neste espaço são realizadas consultas de: diagnóstico pré-natal, hipertensão na grávida, grávidas adolescentes, diabetes na grávida, obstetrícia geral, avaliação do bem-estar materno-fetal, consulta de periparto, consulta de preparação para o parto, consulta de Interrupção Voluntária da Gravidez e consulta de Obstetrícia. A Consulta Externa de Obstetrícia possui ainda dois gabinetes situados no hall principal do 5º piso, onde são efetuados exames como, amniocenteses, ecografias obstétricas e ginecológicas.

No que concerne aos recursos humanos da Consulta de Obstetrícia, destacam-se o Enfermeiro com funções de chefia (EESMO), que é o mesmo do Serviço de Obstetrícia e Ginecologia, cinco EESMO, dos quais, um é mestre em EESMO, médicos obstetras escalados para a consulta e três assistentes operacionais.

Ainda neste espaço e antes da porta de entrada para o Serviço de Ginecologia, encontram-se as Técnicas de Ginecologia, que possuem dois gabinetes munidos de todo o material e equipamentos necessários para a realização dos exames especiais de ginecologia. Entre as diferentes técnicas são feitas colposcopias, histeroscopias, outros exames de diagnóstico e terapêutica como procedimentos destrutivos do colo uterino, polipectomia, extração e colocação de Dispositivo Intrauterino e/ou implantes contraceptivos e biópsias (vulva, colo do útero, endométrio). Estes exames são realizados por ginecologistas e/ou obstetras, duas enfermeiras generalistas e uma assistente operacional. As consultas de Ginecologia, nomeadamente menopausa, planeamento familiar, ginecologia oncológica, uroginecologia, apoio à fertilidade, patologia cervical e do endométrio e rastreio do cancro do colo, são

realizados no 3º piso do CHBM. Segue-se o Serviço de Ginecologia, que dispõe de 15 camas onde são internados doentes de Ginecologia, Senologia e outras especialidades cirúrgicas quando necessário.

### 2.1.3. Caracterização da População que recorre ao Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica

O SUOG recebe mulheres de todas as proveniências, respeitando as orientações legais do Decreto-lei n.º 67/2006, o qual menciona que o Sistema Nacional de Saúde, bem como o Ministério da Saúde têm a obrigatoriedade de garantir às mulheres portuguesas, a livre escolha pelo local de nascimento da sua criança, nas melhores condições de segurança técnica (Portugal, 2006).

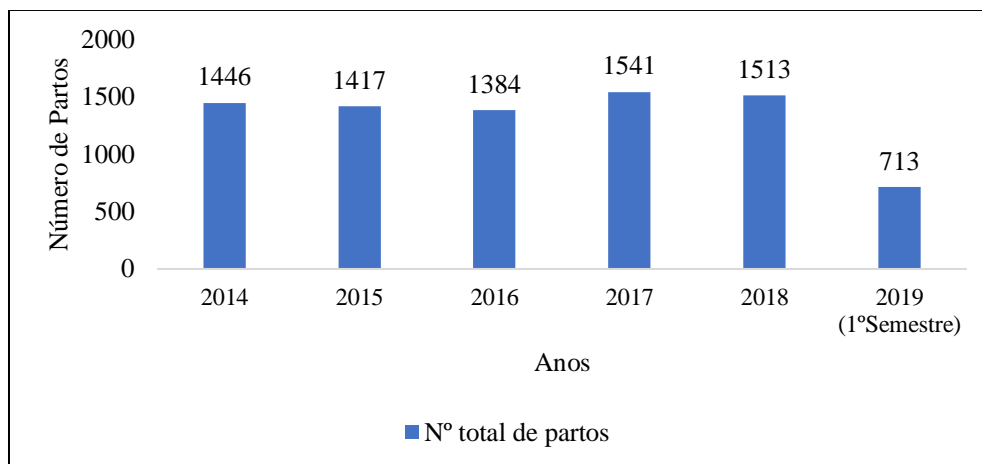
A população de mulheres que recorre a este serviço, é caracterizada pela multiculturalidade presente nos concelhos de abrangência do CHBM, resultado dos fluxos migratórios e das mudanças sociais na área. Neste sentido, muitas vezes torna-se um desafio no cuidar, quer pela especificidade das diferentes culturas, costumes e valores, quer pela barreira linguística. Importa referir a cultura é constituída por padrões do comportamento humano que incluem as línguas, pensamentos, formas de comunicar, ações, costumes, crenças, valores e grupos raciais, étnicos, religiosos e sociais. Embora a maternidade ocorra em todas as culturas, cada uma delas possui significados únicos e costumes associados à gravidez, parto e puerpério.

Assim, além das mulheres, em idade fértil, nascidas em território português e residentes na área de influência do CHBM, verifica-se a elevada afluência de mulheres de raça negra, oriundas dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP'S), nomeadamente da Guiné Bissau e Angola; emigrantes de leste e de nacionalidade brasileira, chinesa e indiana. Considerando os últimos dados do relatório de 2018 da Base de Dados de Portugal Contemporâneo (PORDATA), o conjunto de cidadãos imigrantes do Brasil constituem o fluxo migratório mais significativo, seguindo-se os cidadãos oriundos dos PALOP'S.

## 2.2. ANÁLISE CASUÍSTICA DE PARTOS

Realizando uma análise da casuística de partos no CHBM, embora segundo a análise do Instituto Nacional de Estatística [INE] (2012), referente aos resultados dos Censos 2011, revele redução da natalidade desde 2010, nota-se uma evolução positiva no ano de 2017 e 2018.

Segundo os dados do Serviço de Estatística do CHBM, EPE, o 1º semestre de 2019 apresenta uma evolução ligeiramente positiva no número de partos (713), relativamente ao mesmo semestre do ano anterior (693), elevando ligeiramente a média de partos de 3,8 para 3,9 (Figura 2).

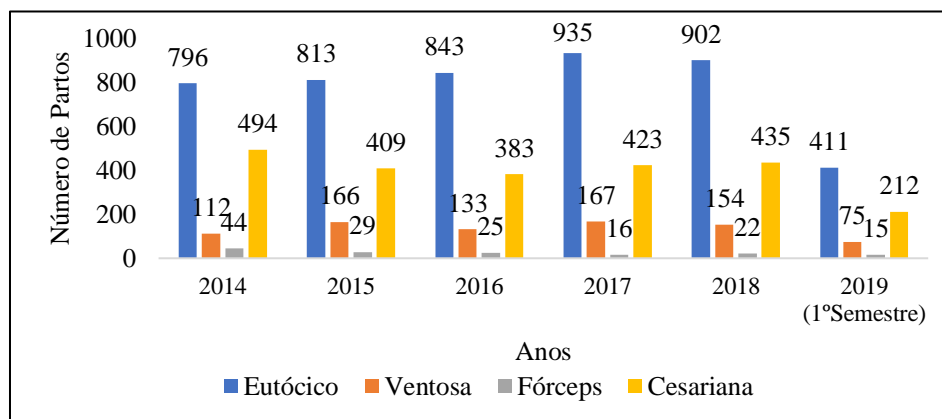


**Figura 2 - Gráfico: Número de Partos no SUOG do CHBM, EPE (2014 a 1º Semestre de 2019)**

Fonte: Serviço de Estatística do CHBM, EPE.

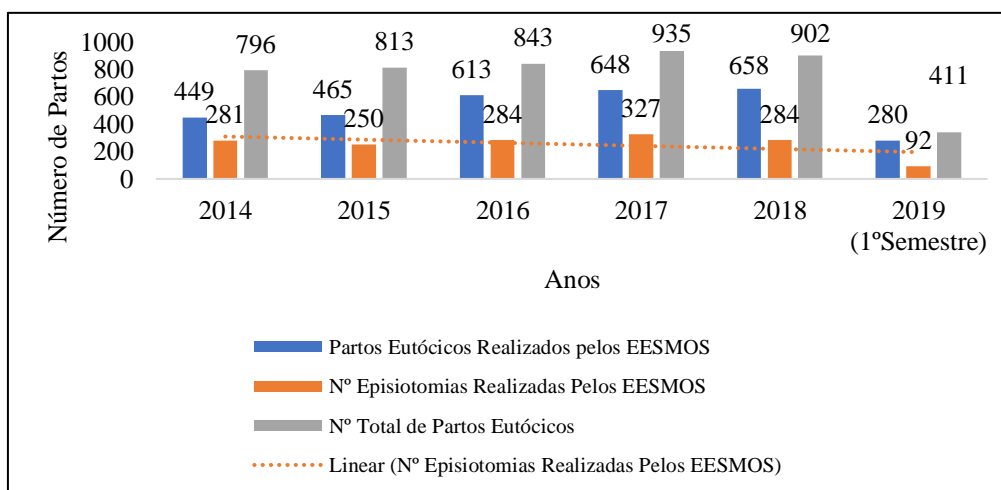
No que diz respeito ao tipo de parto, nos últimos cinco anos, verificou-se a predominância de partos eutócicos e a diminuição do número de cesarianas (Figura 3). Apesar das recomendações da OMS sobre a necessidade urgente de diminuir a percentagem de partos distócicos cirúrgicos, referindo que não se justificam taxas superiores a 15%, a realidade do nosso país, de acordo com a PORDATA, na sua última atualização em dezembro de 2018, revelou taxas de cesarianas de 33,5%, no ano de 2014, 32,9% em 2015, 33,1% no ano de 2016 e 2017 (valores provisórios).

No CHBM, EPE, a taxa de cesarianas situa-se igualmente acima dos 30% no ano de 2014, contudo a partir do ano de 2015 diminuiu para valores abaixo dos 30%, atingindo valores de 28,9% no ano de 2015, 27,6% em 2016, 27,5% em 2017 e 28,4 % em 2018. No primeiro semestre de 2019 obtém-se uma percentagem representativa de 212 cesarianas em 713 partos, ou seja 35,8% dos partos foram cesarianas, o que nos prediz um aumento das taxas de cesariana (Figura 3)



**Figura 3 - Gráfico: Tipo de Partos no SUOG do CHBM, EPE (2014 a 1º Semestre de 2019)**  
 Fonte: Serviço de Estatística do CHBM, EPE.

Quanto aos partos eutócicos realizados pelos EESMO, bem como o número de episiotomias efetuadas pelos mesmos, no CHBM, EPE, é possível quantificar graças à implementação do projeto “Maternidade com Qualidade”, desde o ano de 2014. Atendendo aos dados estatísticos do referido projeto, pode verificar-se que tem vindo a aumentar desde 2014 o número de partos realizados pelo EESMO, como documentado na Figura 4. Realizando a média de partos eutócicos realizados pelos EESMO, demonstram-se percentagens em torno dos 56,4% no ano de 2014, atingindo os picos máximos em 2016 e 2018 com percentagens de 72,7% e 72,9% respetivamente.



**Figura 4 - Gráfico: Número de partos eutócicos e episiotomias realizados pelo EESMO no SUOG do CHBM, EPE (2014 a 1º Semestre de 2019)**  
 Fonte: Dados estatísticos do Projeto Maternidade com Qualidade.



Relativamente à percentagem de episiotomias realizadas pelos EESMO, no ano de 2014, em 62,6% dos partos eutócicos realizados pelos EESMO foram realizadas episiotomias. Já em 2016 e 2018 nota-se uma diminuição para percentagens de 46,3% e 43,2% respetivamente. Em conformidade com esta diminuição no primeiro semestre do presente ano obtém-se uma percentagem de 32,8% de episiotomias em partos realizados pelos EESMO. Apesar desta evolução positiva, esta percentagem mantém-se aquém das recomendações emanadas pela Organização Mundial de Saúde, que deveriam situar-se em 10%.

### 2.3. FUNDAMENTAÇÃO DA ESCOLHA DA TEMÁTICA

A escolha da temática adveio da minha experiência profissional em contexto do puerpério, mais propriamente aquando da realização da Consulta de Enfermagem do Puerpério. No decorrer destas consultas, fui verificando que muitos casais e principalmente os companheiros das puérperas, questionavam o recomeço da atividade sexual após o parto. Expunham as suas dúvidas e receios relativamente aos tecidos perineais e seus medos de provocar danos nos mesmos. Neste contexto, refleti sobre a minha prestação de cuidados enquanto enfermeira do puerpério e cheguei à conclusão que pouco se fala sobre sexualidade após o parto, cingindo-se à temática da contraceção e à abstinência sexual até à consulta de revisão do parto. Estas indicações são muito redutoras e até desatualizadas, pois a sexualidade vai muito além do coito, é uma expressão de comunicação, que representa a identidade individual e a identidade do casal. A sexualidade não se limita ao estímulo genital, ela envolve a pessoa no seu todo ao longo do ciclo vital.

Durante o seu desenvolvimento, o indivíduo encontra-se inserido em diferentes grupos, como a família, a escola, os amigos e a religião, que irão influenciar a forma como vivenciará a sexualidade em suas relações sexuais (Oliveira et al., 2014). Como tal, a sexualidade sofre alterações relacionadas com fatores educacionais, culturais e com os valores apreendidos pela mulher ao longo do seu ciclo vital, seja no ciclo gravídico-puerperal, ou fora deste.

Desde a remota antiguidade, a vida sexual na gravidez e puerpério abarca mitos e tabus, destinados a proteger o feto e/ou RN. Para a maioria das civilizações, a interdição das relações sexuais após o parto durava até ao desmame, funcionando como método de planeamento familiar. Após o parto, a mulher apresenta transformações que não ocorrem somente na vertente fisiológica, endócrina e genital, mas na sua totalidade enquanto pessoa. No puerpério, as alterações hormonais, nomeadamente a diminuição de estrogénio e progesterona, esclarece as queixas das mulheres, em relação à diminuição do desejo sexual e da lubrificação vaginal. As

lesões no pavimento pélvico e vagina decorrentes do parto, necessitam de três a seis semanas para cicatrizarem, motivo pelo qual se aconselha as mulheres a aguardarem 40 dias após o parto para retomarem a atividade sexual (Oliveira et al., 2014). A dispareunia associada à existência de cicatriz de episiotomia (episiiorrafia), é frequentemente realçada.

Para Oliveira et al. (2014) citando Stefanello, os medos que mais acometem as mulheres são a dor durante o ato sexual, o receio de uma nova gestação e a não satisfação do parceiro. Também, após o nascimento do bebê, a mulher apresenta desinteresse pela relação sexual não só por fatores hormonais e culturais, mas também pelo seu envolvimento e dedicação aos cuidados do seu filho e ao seu papel maternal. Em contrapartida, o homem encontra-se num dilema entre a ansiedade para retomar a vida sexual e o medo de que o ato sexual envolva riscos para a sua companheira. Estas alterações e receios devem ser abordados pelo enfermeiro e/ou médico durante o período pré-natal e na consulta após o parto, pois é neste momento que as dúvidas aparecem e podem fazer a diferença no cuidado puérpera/recém-nascido e mulher/companheiro, tornando essa relação mais fortalecida ou não (Oliveira et al., 2014).

Desta forma, e salientando a importância da sexualidade, cresceu em mim a vontade de aprofundar conhecimentos na área da sexualidade após o parto, mais propriamente após o parto vaginal, visto ter emanado da minha experiência a necessidade de esclarecimento de dúvidas aos casais. Ao estudar esta problemática, procurei compreender de que forma a episiotomia pode interferir na função sexual feminina, realizando numa primeira fase, uma revisão da literatura (Apêndice B), analisando a literatura existente entre janeiro de 2013 e abril de 2019, nas bases de dados selecionadas nas plataformas *b-On* e *EBSCOhost*, com os descritores em língua inglesa: *episiotomy*, *sexuality* e *sexual behavior*. Após definidos os critérios de inclusão foram abrangidos 11 estudos sobre a influência da episiotomia na sexualidade feminina após o parto. Numa segunda fase, realizei um estudo de investigação, procurando dar resposta às questões de investigação, para posterior adaptação dos ensinamentos sobre a sexualidade, realizados às grávidas, puérperas e casais, promovendo a saúde sexual e prevenindo a disfunção da mesma, o qual será apresentado mais à frente.

Assim, torna-se importante falar de disfunção sexual, sendo esta definida como a não concretização do ato sexual ou a baixa satisfação com o mesmo, determinando efeitos nocivos sobre a autoestima da mulher e sobre os seus relacionamentos. Segundo Silva et al. (2017) as disfunções sexuais femininas têm etiologia multifatorial, nomeadamente o tipo de relacionamento, gestação e parto, excesso de peso, menopausa e envelhecimento. Assim, o bem-estar sexual depende, em grande parte, da função da musculatura do pavimento pélvico,

que quando enfraquecido, pode originar hipoestesia vaginal e anorgasmia. Existem evidências de que principalmente em primíparas, o parto vaginal esteja relacionado com o aumento de incidência de disfunção da musculatura do pavimento pélvico, quando comparado ao parto por cesariana, particularmente por neuropatia do nervo pudendo.

As alterações físicas e emocionais após o parto, têm repercussões sobre a sexualidade feminina, havendo maior predominância de complicações sexuais em mulheres que tiveram parto vaginal instrumentado e sujeitas a episiotomia. Contudo a maior parte dos estudos realizados não demonstrou associação entre o tipo de parto e problemas sexuais, apontando que entre as 6 e as 24 semanas, após o parto, a mulher retoma a atividade sexual independentemente do tipo de parto (Silva et al., 2017).

A episiotomia foi introduzida por Ould em 1741, sendo realizada de forma criteriosa. Contudo, com a mudança do local de parto, do domicílio para os hospitais e medicalização de processos fisiológicos como o parto, em que era necessária a intervenção médica para prevenir ou reduzir complicações, a episiotomia acabou por ser introduzida na prática clínica, no início do século XX por Pomeroy e De Lee. Este procedimento foi aceite pela comunidade médica, passando a ser realizado por rotina, perspetivando a diminuição da morbilidade e mortalidade materna e fetal, integrando-se na prática obstétrica, como justificação da diminuição do trauma dos tecidos do canal de parto e prevenção de lesões desnecessárias do pólo cefálico fetal, submetido à pressão sofrida contra o períneo materno (Oliveira & Miquilini, 2005).

Nas últimas décadas diversos autores têm contestado esta prática, argumentando não haver evidência científica, que justifique o seu uso generalizado (Gün, Dogan & Özdamar, 2016). Contudo, a prevalência deste procedimento permanece elevada, variando de país para país e entre regiões do mesmo país (Mattar et al., 2007), contrariando as recomendações de taxas da Organização Mundial de Saúde para taxas de episiotomia de 10% (WHO, 1996).

A episiotomia define-se como uma incisão cirúrgica efetuada na região do períneo, com o objetivo de aumentar a abertura vaginal durante o parto, contribuindo para abreviar o período expulsivo e facilitar o parto (Graça, 2010). Segundo este autor, no caso das apresentações cefálicas, a episiotomia deve ser efetuada apenas no momento da “coroação”, ou seja, quando a apresentação distende o períneo, pois diminui a extensão da incisão e a hemorragia. Este procedimento pode afetar diversas estruturas anatómicas. Na episiotomia médio-lateral são envolvidas as seguintes estruturas: fúrcula, mucosa e submucosa da vagina, músculos transversos superficial e profundo do períneo e 34 músculos pubo-coccígeos, podendo, por vezes, incluir as fibras do músculo bulbocavernoso. A episiotomia mediana envolve a fúrcula,

a mucosa e submucosa da vagina e a aponevrose do núcleo perineal, havendo o risco de se prolongar por lacerações do esfíncter anal e da mucosa retal, pelo que tem vindo a ser progressivamente abandonada, sobretudo na Europa. Recomenda-se a realização da técnica médio-lateral em detrimento da incisão mediana (WHO, 2018).

Neste sentido, Gomes et al. (2014) referem que para assistir ao parto com humanização é necessário respeitar a fisiologia da mulher, sem intervenções, envolvendo os aspetos sociais e culturais em relação ao parto. Progiante, Araújo e Mouta (2008), ressaltam que a episiotomia é a única intervenção cirúrgica efetuada sobre o corpo de uma mulher saudável sem o seu consentimento, representando uma violação dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher, assim como constitui uma violência de género. Estes autores ressaltam que a episiotomia afeta a integridade corporal da mulher, compromete a sua segurança, violando o direito sobre o próprio corpo, que constitui o fundamento mais importante de liberdade sexual e reprodutiva.

As consequências da episiotomia a curto prazo enumeradas por alguns autores são: lacerações perineais, hemorragia e aumento da perda sanguínea, edema no local da ferida, infeção no local da ferida, compromisso do esfíncter anal e da mucosa retal, lesão uretral, lesão da bexiga, formação de hematoma, dor e deiscência da sutura (Gün, Dogan & Özdamar, 2016). Como complicações a longo prazo, estes autores remetem-se para infeções crónicas, disfunção anorretal, incontinência urinária, prolapso dos órgãos pélvicos, disfunção sexual e dor. Contudo, os mesmos autores referem que a informação sobre os riscos que o uso de episiotomia poderá implicar na saúde da mulher a longo prazo, permanecem incertos, nomeadamente em termos do relaxamento do pavimento pélvico, prolapso dos órgãos pélvicos, incontinência urinária e dispareunia.

Outros estudos apontam não haver evidência que a episiotomia origine incontinência anal, embora ressaltem o seu impacto na dispareunia (Boran et al., 2013). Vários autores apontam a relação entre a presença de episiotomia com maior intensidade de dor durante a relação sexual (Leal et al., 2013). Em contrapartida, Juárez et al. (2018) relacionam a dispareunia e a diminuição da atividade sexual à amamentação, justificado pela redução da lubrificação vaginal e diminuição do desejo sexual. Outros autores corroboram estes resultados referindo a relação entre a amamentação e a diminuição da lubrificação vaginal, dispareunia e diminuição da libido, devido à reação da hiperprolactinemia, que conduz à diminuição de estrogénio, progesterona e androgénios (Leal et al., 2013). Também há informação insuficiente relativa à redução da incidência de lacerações obstétricas graves através da técnica de episiotomia. O seu uso restritivo em detrimento do seu uso rotineiro é realçado por vários

autores. No entanto, a episiotomia mantém-se recomendada em caso de sofrimento fetal, partos vaginais instrumentados e distocia de ombros (Boran et al., 2013)

A diminuição do desejo sexual também é associada à fadiga e privação do sono decorrentes do desempenho do novo papel de mãe, demonstrado num estudo qualitativo sobre as experiências das mulheres relativamente à sua função sexual após o parto, em que os temas que emergiram foram: mudanças na saúde mental; violência obstétrica, que inclui a falta de suporte por parte dos cuidadores, violação de privacidade, parto instrumentado e episiotomia; questões do relacionamento, incluindo falta de apoio por parte do companheiro, falta de intimidade e violência doméstica; alterações físicas, nomeadamente traumatismos do parto e imagem corporal negativa; conflito de papéis, incluindo incompatibilidade de papéis, amamentação e privação do sono (Khajehel & Doherty, 2018). Este estudo demonstrou que algumas mulheres apresentaram experiências negativas na sua sexualidade após o parto, enquanto que outras não referiram alterações e outras, ainda, relataram que a sua vida sexual melhorou após o nascimento de seu filho. Isto indica que a gravidez e o nascimento do bebé não representam necessariamente uma experiência negativa. Assim, a sexualidade deve ser uma temática abordada ainda durante a gravidez, relativamente aos receios após o parto e às transformações que ocorrem no pós-parto, de forma a potenciar uma vida sexual satisfatória (Khajehel & Doherty, 2018).

Em relação ao reinício da atividade sexual após o parto, a presença de episiotomia parece ser um fator preponderante, tornando-se mais significativo em combinação com parto distócico por fórceps, sendo que estas mulheres têm maior probabilidade de adiar a relação sexual. Assim, a primeira opção em caso de necessidade de realizar parto instrumentado será o uso de ventosa (Juárez et al., 2018). Outro estudo demonstrou que a atividade sexual foi reiniciada mais cedo que o sexo vaginal, às 6 semanas após o parto, e que por volta das 8 semanas já a maioria das mulheres havia realizado sexo vaginal (McDonald & Brown, 2013).

A relação entre o sexo vaginal e o tipo de parto foram igualmente analisados, sendo que comparando mulheres de parto vaginal com períneo intacto com mulheres submetidas a episiotomia, estas últimas têm menor tendência a reiniciar sexo vaginal às seis semanas após o parto. Verificou-se ainda que as mulheres submetidas a cesariana, seguiram a mesma tendência, adiando o sexo vaginal (McDonald & Brown, 2013). Lurie et al. (2013) corroboram este facto, referindo no seu estudo que a cesariana eletiva não apresenta efeito protetor da função sexual após o parto, revelando que mulheres que tiveram parto vaginal sem episiotomia retomaram mais rapidamente a relação sexual do que mulheres de parto vaginal com episiotomia, partos

instrumentados ou partos por cesariana. Comparando os diferentes tipos de parto e o Índice de Função Sexual Feminina (FSFI), parece não haver diferenças significativas no score total FSFI às seis, 12 ou 24 semanas pós-parto (Lurie et al., 2013).

Outros estudos demonstraram que a cesariana não é sinónimo de preservação da função sexual normal quando comparada a parto vaginal com episiotomia médio-lateral, pois verificou-se que independentemente do tipo de parto a função sexual aos seis meses de pós-parto é semelhante ao período pré-gravídico. Contudo indicaram que aos três e seis meses de pós-parto vaginal com episiotomia, os scores dos domínios do FSFI, nomeadamente o desejo, excitação, lubrificação, satisfação e dor estão significativamente diminuídos face ao período pré-gravídico. Enquanto que no parto por cesariana os scores de desejo, lubrificação, satisfação e dor foram inferiores, aos três meses, mantendo-se baixos os domínios do desejo e lubrificação aos seis meses (Kahramanoglu et al., 2017). Este estudo aponta em média cinco a seis semanas para retomar o sexo vaginal, quer para mulheres de parto vaginal com episiotomia, quer para mulheres com parto por cesariana, sendo mais frequente no parto vaginal com episiotomia adiar o reinício da atividade sexual, face ao parto por cesariana. Praticamente todas as mulheres retomaram sexo vaginal até aos seis meses pós-parto. A função sexual aos 12 e 24 meses foi semelhante em ambos os grupos (Kahramanoglu et al., 2017).

Ahmed et al. (2016) referem que aos seis e 12 meses após o parto a função sexual é significativamente inferior em mulheres de parto vaginal com lacerações de grau III e IV, relativamente a mulheres submetidas a episiotomia ou com lacerações de grau I e II. Outro estudo demonstrou que mulheres com lacerações de grau II revelaram menores scores nos domínios da excitação, orgasmo e score total FSFI comparativamente a mulheres com lacerações de grau I e/ou submetidas a episiotomia, contudo não revelou uma diferença significativa na função sexual quer em mulheres de períneo intacto, lacerações de grau I e II ou com episiotomia, contrariando a associação da episiotomia com a disfunção sexual (Kramná & Vrublová, 2016).

Apesar das contradições entre os diversos estudos, numa revisão da literatura realizada por Lésico (2014), os fiéis defensores da episiotomia alegam a realização desta intervenção com a ação protetora da mesma, argumentando vantagens como: prevenção de lacerações no períneo; melhor cicatrização; redução da duração do segundo estágio do trabalho de parto; benefícios fetais, evitando lesões cerebrais e perinatais pela diminuição da compressão da cabeça sobre o períneo; ampliação do canal de parto nos casos em que há necessidade de manipulação para facilitar o nascimento; e facilidade nos partos distócicos por ventosa ou

fórceps. Lowdermilk e Perry (2007) contrariam referindo que a episiotomia por si só é considerada um trauma perineal, realçando efeitos adversos tais como, lesões anorretais por episiotomias extensas, assimetria do introito vaginal, prolapso vaginal, fístula retovaginal, fístula anal, perdas hemáticas aumentadas, hematoma, dor, edema local, infecção, deiscência da episiorrafia e disfunção sexual.

Por fim, a episiotomia, usada de forma rotineira, pode acarretar consequências na vida e na saúde das mulheres e dos casais, pelo que os profissionais de saúde devem recorrer a técnicas não invasivas de cuidados e práticas alternativas que favoreçam a redução da necessidade de realização deste procedimento (Proganti, Araújo & Mouta, 2008).

O enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica tem competências para a realização de episiotomia e para a reconstrução perineal (episiorrafia), “avalia a integridade do canal de parto e aplica técnicas de reparação, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação” (OE, 2019, p.13563). Assim, o enfermeiro poderá evitar o recurso à realização de episiotomia, recorrendo a diferentes manobras de manipulação perineal durante o segundo estágio do trabalho de parto; utilização de posições não litotómicas para o período expulsivo, realização de esforços expulsivos sem manobra de valsava e auxiliar na saída da cabeça fetal entre as contrações uterinas (Lésico, 2014).

### **3. METODOLOGIA**

A metodologia consiste num conjunto de procedimentos intelectuais e técnicos utilizados para atingir o conhecimento, sendo necessário determinar o método que possibilitou alcançar o mesmo (Gil, 2008). O mesmo autor esquematiza nove etapas, nomeadamente: formulação do problema, determinação dos objetivos, delineamento da pesquisa, operacionalização dos conceitos e variáveis, seleção da amostra, elaboração dos instrumentos de colheita de dados, colheita de dados, análise e interpretação dos resultados e por fim a redação do relatório. Neste capítulo serão abordados os objetivos do estágio e do estudo, o tipo de abordagem metodológica, a população-alvo e a análise de dados.

#### **3.1. OBJETIVOS DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL**

A determinação dos objetivos permite definir os resultados que se desejam obter com a intervenção aplicada e selecionar estratégias para o desenvolvimento das ações planeadas (Fortin, Côté & Filion, 2009). Qualquer pesquisa deve possuir um objetivo definido para perceber o que se vai investigar e o resultado que se pretende alcançar (Marconi & Lacatos, 2007), definindo-se objetivos para o estágio de natureza profissional, no âmbito das competências clínicas e das competências de investigação.

##### **3.1.1. Objetivos da Componente Clínica**

Sendo este documento um relatório de estágio, torna-se importante esquematizar não só os objetivos da temática em estudo, mas também os objetivos do estágio. Desta forma, de acordo com o Plano de Estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Universidade de Évora e com base nas competências definidas no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica, da Ordem dos Enfermeiros, apresentam-se de seguida os objetivos do estágio:

- Cuidar da mulher/companheiro inseridos na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e período pré-concepcional;



- Cuidar da mulher/companheiro inseridos na família e comunidade no âmbito do planejamento familiar e período pré-natal: realizando consultas de grávidas de baixo e alto risco e sua vigilância; realizando exames pré-natais; aprofundando conhecimentos sobre o período gravídico, seus desvios de padrão e sua vigilância; efetuando ações de educação para a saúde à mulher grávida/família relativamente à gravidez, trabalho de parto, parto e puerpério (ênfatizando a amamentação);
- Cuidar da mulher/companheiro inseridos na família e comunidade no âmbito da saúde sexual e reprodutiva, realizando ações de educação para a saúde sobre a temática nos diferentes campos de estágio;
- Cuidar da mulher/companheiro inseridos na família e comunidade nos vários estádios do trabalho de parto em situação de saúde/desvio de saúde, realizando exames pré-natais, vigilância do trabalho de parto, realizando técnicas de conforto não farmacológicas favorecedoras do trabalho de parto e parto, realizando partos eutócicos, apoiando os outros profissionais de saúde em técnicas que vão para além das minhas competências e vigiar a mulher e recém-nascido no puerpério imediato, estabelecendo a relação precoce sempre que possível;
- Cuidar da mulher/companheiro inseridos na família e comunidade no período puerperal em situação de saúde/desvio de saúde, realizando a vigilância da puérpera e recém-nascido, detetando precocemente desvios da saúde e encaminhando para a equipa multidisciplinar, efetuando ações de educação para a saúde sobre os processos de transição para a parentalidade e respetivos cuidados à puérpera e RN, planejamento familiar e vigilância materna e infantil após a alta hospitalar;
- Cuidar da mulher/companheiro inseridos na família e comunidade durante o período pós-natal, durante o internamento em puerpério e em consultas pós-alta na Consulta de Enfermagem do Puerpério e Cantinho de amamentação.
- Cuidar da mulher/companheiro inseridos na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica, nas consultas em técnicas de ginecologia.
- Cuidar da mulher/companheiro inseridos na família e comunidade demonstrando responsabilidade ético-deontológica e empenho na melhoria da qualidade incutindo o cuidado individualizado, gestão de cuidados e desenvolvimento de aprendizagens profissionais;
- Demonstrar uma aquisição de conhecimentos conducente a uma proposta de projeto de intervenção, considerando as vertentes teórico-práticas e a Prática Baseada na

Evidência, comunicando à equipa as mais recentes evidências científicas nas diferentes áreas da saúde da mulher e criança, promovendo partilha de conhecimentos e experiências;

- Defender através de um Relatório apresentado em provas públicas, a atuação no Estágio de Natureza Profissional.

### 3.1.2. Objetivos da Componente de Investigação

Relativamente aos objetivos da temática em estudo pretende-se:

- Determinar em que medida a episiotomia influencia algumas variáveis da resposta sexual feminina após o parto;
- Identificar estratégias de apoio à vivência da sexualidade após o parto;
- Disponibilizar às puérperas ferramentas de apoio à vivência da sexualidade após o parto.

### 3.2. TIPO DE ABORDAGEM METODOLÓGICA

O Estágio de Natureza Profissional decorreu de 17 de setembro de 2018 a 28 de junho de 2019. No contexto clínico, este decorreu em regime de supervisão clínica no CHBM. Até 15 de novembro de 2018 foi necessário preparar o projeto, o qual consiste no planeamento de como irá decorrer o estágio, sendo necessário elaborar o projeto referente ao contexto clínico e ao contexto de investigação. No que se refere ao contexto clínico este planeamento é realizado pela docente responsável pela unidade curricular e discutido com cada estudante, sobre as competências comuns e específicas que têm que ser adquiridas de forma a dar resposta à Diretiva Europeia para os enfermeiros especialistas, bem como as competências pessoais de cada estudante, para que sejam consensuais com os objetivos do estágio.

Na fase de preparação do projeto, após a definição do tema a ser estudado, tendo em conta a problemática de investigação, este estudo enquadra-se na investigação quantitativa, que assenta num processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis (Fortin, 2000). A autora refere ainda que esta abordagem é baseada na observação de factos objetivos, de acontecimentos e de fenómenos existentes, independentemente do investigador. Temporalmente, trata-se de um estudo retrospectivo, pois baseia-se em dados e factos do passado. É ainda

um estudo descritivo, pois tem como finalidade descrever as características de determinada população ou fenómeno. Neste sentido, trata-se também de um estudo correlacional pois pretende-se estudar fenómenos através do estabelecimento de relações entre as variáveis.

Foi realizada uma revisão da literatura (Apêndice B), a qual permitiu verificar a existência de uma escala validada em Português, nomeadamente o Índice de Funcionamento Sexual Feminino (FSFI). Adicionalmente, foi contruído um questionário demográfico, em que se pretendeu analisar as características sociodemográficas da amostra utilizada no estudo (Apêndice C). Acrescentou-se ao instrumento de colheita de dados, o respetivo Consentimento Informado e Esclarecido a facultar às mulheres presentes no estudo (Apêndice D).

O FSFI foi elaborado por Rosen et al., (2000), pretendendo avaliar o funcionamento sexual feminino, foi validada para a população Portuguesa por Pechorro et al., (2009). Neste sentido, por questão de cortesia foi enviado um e-mail ao autor da validação FSFI em Português pedindo a sua autorização para aplicação desta Escala no presente estudo, tendo sido positiva (Anexo A).

O Índice de Funcionamento Sexual Feminino é um questionário contruído para avaliar dimensões chave do funcionamento sexual em mulheres, segundo os principais sistemas classificatórios em vigor (Pechorro et al., 2009). É composto por 19 itens, que medem seis dimensões do funcionamento sexual feminino, nomeadamente, o desejo sexual (dois itens), a excitação sexual (quatro itens), a lubrificação vaginal (quatro itens), o orgasmo (três itens), a satisfação sexual (três itens) e a dor (três itens). Cada item tem cinco a seis opções de resposta, das quais a mulher deve assinalar apenas uma. Assim, os itens 1, 2, 15 e 16 têm uma escala de 1 a 5 e os restantes itens de 0 a 5, sendo neste último caso considerada a hipótese “não tive atividade sexual”. Ao fazer-se a cotação os itens 8, 10, 12, 17, 18 e 19 são revertidos, ao contrário dos restantes itens que recebem uma pontuação de forma crescente. A pontuação de cada dimensão varia entre 1.2 e 6 ou entre 0 e 6. O funcionamento sexual feminino na sua totalidade é calculado por uma fórmula matemática, sendo obtida pela soma dos itens de cada domínio multiplicada por um fator que homogeneíza a influência de cada domínio no resultado final de todas as dimensões. A pontuação total do FSFI é obtida pela soma das pontuações de todas as dimensões, variando entre 2 e 36. Pontuações mais altas significam maiores níveis de funcionamento sexual (Pechorro et al., 2009).

Após o conhecimento aprofundado sobre a problemática e sobre os procedimentos metodológicos, foram definidas as variáveis dependentes e independentes, aplicáveis nos estudos descritivos-correlacionais. As possíveis relações entre as variáveis permitem a formulação de

hipóteses, contudo, “serão as questões de investigação que guiam o estudo e não as hipóteses” (Fortin, 2000, p. 244). Assume-se como variável independente, a que o investigador manipula no estudo, produzindo efeito na variável dependente (Fortin, 2009). Para este estudo foi definido como variável independente a presença de episiotomia. Por sua vez, as variáveis dependentes, sendo neste estudo os domínios FSFI, são as que sofrem o efeito da manipulação da variável independente (Fortin, 2000).

Neste sentido, e com base no questionário FSFI, foram elaboradas as seguintes questões de investigação:

- Q1 – Será que as mulheres com episiotomia apresentam menor desejo sexual, menor excitação, menor lubrificação vaginal e menor satisfação sexual, quando comparadas com mulheres sem episiotomia?
- Q2 – Será que as mulheres com episiotomia apresentam o orgasmo afetado quando comparadas com mulheres sem episiotomia?
- Q3 – Será que as mulheres com episiotomia, apresentam maiores níveis de dor quando comparadas com mulheres sem episiotomia?
- Q4 – Será que as mulheres com episiotomia, apresentam menor grau de função sexual quando comparadas com mulheres sem episiotomia?

Após a conclusão destas etapas foi submetido o projeto aos Serviços Académicos da Universidade de Évora (Apêndice E) bem como o pedido de parecer à Comissão de Ética para a Investigação Científica nas Áreas de Saúde Humana e Bem-Estar da Universidade de Évora. Neste contexto e após o parecer positivo (Anexo B), foi realizado o pedido de autorização ao Concelho de Administração do Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE e respetiva Comissão de Ética para a aplicação do instrumento de colheita de dados durante o Estágio de Natureza Profissional, no Serviço de Obstetrícia, igualmente com parecer positivo (Anexo C).

Posteriormente à aprovação das autorizações supracitadas, foi aplicado o questionário em papel à população-alvo, realizando um pré-teste, de forma a determinar, o quanto possível, se o instrumento de colheita de dados está enunciado de forma clara e livre de condicionantes (Polit, Beck & Hungler, 2004). Assim, o pré-teste deve ser realizado, a uma pequena amostra, abrangendo 10 a 20 sujeitos, com as mesmas características da população-alvo (Vilelas, 2009). Após o preenchimento dos questionários facultados a 11 puérperas, verificou-se não haver necessidade de realizar alterações a nível das questões apresentadas, já que as mulheres inquiridas

responderam a todas as perguntas e não demonstraram dúvidas ou dificuldades perante o que lhes foi pedido.

O intervalo de tempo referente à aplicação do instrumento de colheita de dados decorreu entre março e junho de 2019.

### 3.3. POPULAÇÃO-ALVO

A população Alvo foram todas as mulheres que recorreram aos serviços onde decorreu o Estágio de Natureza Profissional e às quais tive oportunidade de prestar cuidados especializados. Para a pesquisa da temática em análise, após a definição do tipo de estudo a concretizar, seguiu-se a seleção dos participantes para a populações-alvo do mesmo, que foi realizada pela técnica da amostragem não probabilística de conveniência, condicionada pela inclusão de elementos intencionalmente elegidos pelo investigador, como apresentando características representativas da população em estudo (Vilelas, 2009).

Para que seja possível restringir a população em questão, procede-se à definição de critérios de seleção, ou seja, determinar as características da amostra que queremos estudar. Para Fortin (2000) uma amostra é um subconjunto de elementos retirados da população, que são convidados a participar no estudo.

Neste contexto, a população inquirida é constituída por 127 puérperas que pariram os seus filhos no CHBM, EPE e que frequentaram a Consulta de Enfermagem do Puerpério, onde foram aplicados os questionários.

A seleção da amostra, obedeceu aos seguintes critérios de inclusão:

- Puérperas que compreendam a língua portuguesa;
- Puérperas em idade adulta;
- Multíparas com parto anterior há menos de 5 anos;

Desta forma, pretende-se comparar os grupos de mulheres com episiotomia e sem episiotomia e inferir se a presença de episiotomia interfere de alguma forma na vivência da sexualidade após o parto. Contudo, 25 mulheres, que cumpriam os requisitos supracitados, apenas assinaram o consentimento informado e não preencheram o questionário, pelo que estas foram excluídas do estudo, apresentando assim uma amostra total de 102 mulheres.

### 3.4. ANÁLISE DE DADOS

Através da análise de dados é possível demonstrar os resultados do estudo e realizar a respetiva interpretação. Para o tratamento de dados e responder à questão de investigação, foi utilizado o Software IBM® SPSS® Statistic (Statistical Package for the Social Sciences), versão 24 para Windows. A análise estatística dos questionários envolveu medidas de estatística descritiva (frequências absolutas e relativas, médias e respetivos desvios-padrão) e estatística inferencial. Utilizou-se o coeficiente de consistência interna Alfa de Cronbach, o coeficiente de correlação de Pearson e o teste Manova, com o objetivo de verificar o efeito multivariado da presença de períneo com episiotomia nos diferentes domínios da FSFI. O nível de significância foi fixado em  $p\text{-value} \leq 0.05$ .

Os dados relativos à caracterização da amostra (variáveis sociodemográficas e obstétricas) foram obtidos a partir da estatística descritiva. A estatística descritiva possibilita o resumo da informação numérica de forma estruturada, obtendo-se um quadro geral das variáveis mensuradas numa amostra. Posteriormente e juntamente com a estatística inferencial, procedeu-se à análise das relações entre determinadas variáveis dependentes (domínios da escala FSFI e valor total de funcionamento sexual) e a variável independente (presença de períneo com episiotomia/ episiorrafia) numa amostra, permitindo verificar se é possível generalizar à população onde a mesma foi selecionada (Fortin, 2000).

#### 3.4.1. Caracterização da População-alvo da Temática

Como já foi referido, a população que recorre aos SUOG apresenta características multiculturais. A maternidade é uma fase de transição na vida da mulher/casal/família e própria cultura, constituindo um marco importante. Assim sendo, o EESMO deve procurar proporcionar cuidados centrados na pessoa, atendendo às suas crenças e valores, promovendo o bem-estar do casal/família, visando a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados. Tomey e Alligood (2002), citando Leininger (1981) afirmaram que o cuidado é o domínio central e unificador que caracteriza a Enfermagem. Ao defender esta posição a autora foi cuidadosa ao esclarecer que embora o cuidado seja primacial em enfermagem, os enfermeiros precisam estar atentos ao facto da sua prática não ser universal e que esse cuidado varia na forma como é concetualizado, construído e praticado, de modo diverso nas várias culturas. Embora a mater-

nidade ocorra em todas as culturas, cada uma delas possui significados únicos e costumes associados à gravidez, parto e puerpério. Considerando a problemática em estudo, sendo a sexualidade uma temática vista como tabu não só na cultura portuguesa, mas noutras culturas, torna-se imperativo a realização de práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, éticas e legais (OE,2019b).

Neste sentido houve algumas dificuldades devido à barreira linguística e mesmo cultural, na aplicação dos questionários a mulheres de diferentes culturas. Na cultura Muçulmana, por exemplo, não foi possível aplicar de todo, pois as mulheres/casal após a apresentação do estudo, não mostraram interesse na sua execução.

A amostra estudada, constituída por 102 mulheres, foi definida sobre os seus aspetos sociodemográficos e alguns dados obstétricos, resultantes do preenchimento do questionário. As participantes apresentam idades compreendidas entre os 21 e os 44 anos, na qual a moda de idades situa-se na faixa etária entre os 31 e 35 anos e a maioria das mulheres (74,5%) têm nacionalidade Portuguesa, são casadas ou em regime de união de facto (73,5%) e 66.7% pertencem à Religião Católica.

Toda a amostra é alfabetizada, sendo que a maior parte (41,2%) possuem o ensino secundário – 12º ano ou equivalente, seguido de 27,5% de mulheres com o ensino básico 3º ciclo – 9º ano. Apenas 23,5% das mulheres concretizaram o ensino superior com licenciatura e/ou mestrado.

No que diz respeito à profissão exercida pelas mulheres, com base na Classificação Portuguesa das Profissões, 34,3% são trabalhadoras dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores. Contudo, 24,5% das participantes encontram-se, na data do estudo, desempregadas. O grupo de profissões entre os especialistas das atividades intelectuais e científicas apresenta uma percentagem de 16,7%.

Relativamente ao número de filhos por mulher, a maioria (67,6%) tem dois filhos e 19,6% das inquiridas tem 3 filhos. Na tipologia do parto, a maioria das mulheres (65,7%) teve parto vaginal contra 34,3% que foram sujeitas a cesariana, das quais 81,4% teve o parto há menos de 5 anos.

No que concerne à presença de episiotomia/ episiorrafia, podemos verificar que a maior parte das mulheres (44,1%) foram submetidas a este procedimento, contrastando com 12,7% com presença de lacerações perineais e 43,1% com períneo intato.

### 3.4.2. Dados recolhidos através do FSFI

Nos dados quantitativos, o procedimento estatístico permite ao investigador reduzir, resumir, organizar, interpretar e comunicar a informação (Polit et al., 2004). Para tal, o instrumento de colheita de dados utilizados deve ser sujeito a uma avaliação das suas qualidades psicométricas, de forma a determinar a validade e a confiabilidade do mesmo, de modo a garantir a qualidade dos seus resultados (Souza, Alexandre & Guirardello, 2017). Segundo as mesmas autoras, a confiabilidade pressupõe resultados consistentes no tempo e no espaço indicando estabilidade, equivalência e homogeneidade ou consistência interna. O instrumento de pesquisa utilizado neste estudo foi sujeito a uma verificação das qualidades psicométricas para a população portuguesa, através do Coeficiente Alfa de Cronbach, que é usado pela maioria dos pesquisadores para a avaliação da consistência interna de instrumentos e reflete a variância entre os itens de uma escala, entre valores de 0 e 1 (Souza et al., 2017). Assim, revelou valores adequados de consistência interna, apresentando valores de Alfa de Cronbach para a escala total de 0,93, avaliando também cada dimensão do FSFI (Alfa de Cronbach entre 0,88 e 0,90 em todos os domínios) (Pechorro, 2009). Na população do nosso estudo, os valores de Alfa de Cronbach para a escala total e também para cada dimensão do FSFI, apresentamos na tabela 1.

<b>Tabela 1 - Valores de Alfa de Cronbach</b>	
Escala / Domínios	Alfa de Cronbach
Desejo	0.785
Excitação	0.901
Lubrificação	0.893
Orgasmo	0.906
Satisfação	0.801
Dor	0.911
Escala total	0.96

Fonte: SPSS

Verificamos que a aplicação do instrumento na população estudada, apresenta uma boa consistência interna, tanto na escala total, como em cada um dos seus domínios. De acordo com Pestana e Gageiro (2014) valores superiores a 0,8 são indicadores de boa consistência interna.

Continuando com o estudo psicométrico do instrumento, avaliando a matriz das correlações para cada domínio FSFI através do coeficiente de correlação de Pearson, “que mede a associação linear entre duas variáveis quantitativas” (Marôco, 2014, p. 23), verificou-se que os



coeficientes de correlação de Pearson das dimensões são significativos, positivos e moderados ou elevados. A correlação mais elevada ocorre entre as dimensões Orgasmo e Lubrificação ( $r = .795$ )

**Tabela 2 - Correlações**

	Desejo	Excitação	Lubrificação	Orgasmo	Satisfação	Dor
Excitação	.653**					
Lubrificação	.667**	.776**				
Orgasmo	.624**	.726**	.795**			
Satisfação	.620**	.585**	.685**	.728**		
Dor	.619**	.693**	.714**	.653**	.501**	
Total	.777**	.886**	.924**	.892**	.784**	.826**

\*  $p \leq .01$  \*\*  $p \leq .01$  \*\*\*  $p \leq .001$

Fonte: SPSS

Para testar a homogeneidade das variâncias das variáveis dependentes para verificar se seriam idênticas na amostra, utilizei o teste de *Levene*, sendo um dos mais potentes (Marôco, 2014). Os resultados deste teste, revelaram homogeneidade e são apresentados na tabela 3.

**Tabela 3 - Teste de Homogeneidade de Variâncias**

	F	df1	df2	Sig.
Desejo	1,044	1	100	,309
Excitação	,023	1	100	,880
Lubrificação	,485	1	100	,488
Orgasmo	,401	1	100	,528
Satisfação	,655	1	100	,420
Dor	,092	1	100	,763
Total	,006	1	100	,936

Fonte: SPSS

No processo de análise inferencial, seguindo as variáveis dependentes (domínios da escala FSFI e valor total de funcionamento sexual), distribuição normal ( $p\text{-value} \geq 0,05$ ) e homogeneidade de variâncias ( $p\text{-value} \geq 0,05$ ), aplicou-se o teste paramétrico MANOVA, com o objetivo de avaliar o efeito multivariado da presença de episiotomia nos diferentes domínios

FSFI. Na análise de variância multivariada (MANOVA) as variáveis dependentes são consideradas simultaneamente, organizadas de forma composta e com os efeitos associados a cada variável ponderada pela correlação existente entre estas (Marôco, 2014). O teste multivariado da Manova indica que as diferenças nas dimensões da função sexual entre mulheres com e sem episiotomia não são estatisticamente significativas, Pillai's Trace = .067,  $F(6, 95) = 1.137$ ,  $p = .347$

**Tabela 4 - Domínios FSFI: Resultados da MANOVA**

	Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.
Pillai's trace	,067	1,137 <sup>a</sup>	6,000	95,000	,347
Wilks' lambda	,933	1,137 <sup>a</sup>	6,000	95,000	,347
Hotelling's trace	,072	1,137 <sup>a</sup>	6,000	95,000	,347
Roy's largest root	,072	1,137 <sup>a</sup>	6,000	95,000	,347

a. Exact statistic

Fonte:SPSS

**Q1 – Será que as mulheres com episiotomia apresentam menor desejo sexual, menor excitação, menor lubrificação vaginal e menor satisfação sexual, quando comparadas com mulheres sem episiotomia?**

As mulheres com episiotomia apresentam menor desejo sexual embora a diferença não seja estatisticamente significativa,  $F(1, 100) = 1.047$ ,  $p = .309$ . As mulheres com episiotomia apresentam níveis mais elevados de excitação sexual embora a diferença não seja estatisticamente significativa,  $F(1, 100) = 0.036$ ,  $p = .849$ . As mulheres com episiotomia apresentam mais lubrificação vaginal embora a diferença não seja estatisticamente significativa,  $F(1, 100) = 0.467$ ,  $p = .496$ . As mulheres com episiotomia apresentam níveis mais elevados satisfação sexual, embora a diferença não seja estatisticamente significativa,  $F(1, 100) = 0.443$ ,  $p = .507$ .

**Q2 – Será que as mulheres com episiotomia apresentam o orgasmo afetado quando comparadas com mulheres sem episiotomia?**

As mulheres com episiotomia apresentam níveis mais elevados de orgasmo afetado, embora a diferença não seja estatisticamente significativa,  $F(1, 100) = 0.275$ ,  $p = .601$ .

**Q3 – Será que as mulheres com episiotomia, apresentam maiores níveis de dor quando comparadas com mulheres sem episiotomia?**

As mulheres com episiotomia apresentam níveis mais elevados de dor embora a diferença não seja estatisticamente significativa,  $F(1, 100) = 0.748$ ,  $p = .389$ .

#### Q4 – Será que as mulheres com episiotomia, apresentam menor grau de função sexual quando comparadas com mulheres sem episiotomia?

Os dados obtidos mostram que, em ambos os grupos, não há diferenças estatisticamente significativas. As médias da amostra revelam que a função sexual é maior em mulheres sem episiotomia. As mulheres com episiotomia apresentam níveis mais elevados na função sexual embora a diferença não seja estatisticamente significativa,  $F(1, 100) = 0.256, p = .614$ .

A tabela 5 apresenta os resultados da análise descritiva das respostas à FSFI.

**Tabela 5 - Estatística Descritiva: Média e Desvio-Padrão**

	Teve períneo com:	Mean	Std. Deviation	N
Desejo	Com episiotomia	2,86	,88	45
	Sem episiotomia	3,03	,80	57
	Total	2,95	,84	102
Excitação	Com episiotomia	3,17	1,03	45
	Sem episiotomia	3,13	1,04	57
	Total	3,14	1,03	102
Lubrificação	Com episiotomia	3,46	1,14	45
	Sem episiotomia	3,31	1,06	57
	Total	3,38	1,10	102
Orgasmo	Com episiotomia	2,79	,94	45
	Sem episiotomia	2,70	,82	57
	Total	2,74	,87	102
Satisfação	Com episiotomia	4,11	,96	45
	Sem episiotomia	3,99	,82	57
	Total	4,05	,88	102
Dor	Com episiotomia	3,44	1,14	45
	Sem episiotomia	3,24	1,15	57
	Total	3,33	1,14	102
Total	Com episiotomia	3,47	,89	45
	Sem episiotomia	3,38	,90	57
	Total	3,42	,90	102

Fonte: SPSS

Como é possível verificar pela leitura da tabela 5, apesar das médias dos domínios FSFI serem diferentes, estas não são estatisticamente significativas entre mulheres com episiotomia, sem episiotomia e na totalidade da amostra de mulheres. Contudo, revela diferenças na amostra, observando-se médias dos domínios do desejo superior na população sem episiotomia. No

entanto, nos restantes domínios, a média é superior no grupo de mulheres com episiotomia, incluído a dor. Apesar destas médias contrariarem a relação entre episiotomia e disfunção sexual, não podemos deixar de realçar o facto de na amostra sem episiotomia estarem incluídas, não só, mulheres com períneo intacto, mas também mulheres com lacerações perineais e mulheres submetidas a cesariana, podendo a tipologia de parto ser relevante além do tipo de trauma perineal. Igualmente notamos que o grupo de mulheres com episiotomia apresenta uma média mais elevada de dor, podendo condicionar o desejo sexual.

Pela análise descritiva da amostra, através da caracterização das variáveis sexuais (FSFI), foi possível averiguar que no domínio do desejo sexual, quanto à sua frequência, 39,2% das mulheres assegura este acontecimento de forma ocasional (algumas vezes) e 18,6% refere “a maior parte das vezes”. Ainda neste domínio, mas quanto nível de desejo, 47% das mulheres referiram ser moderado, 25,5% baixo e 21,6% elevado.

No domínio da excitação, quanto à sua frequência, ressalta-se que 30,4% das mulheres referem acontecer de forma ocasional (algumas vezes) e 24,5% das mulheres referem ser a maior parte das vezes. Em relação à classificação do grau de excitação 41,2% da amostra refere ser moderado, 22,5% elevado e 21,9% baixo. No item “confiança em conseguir excitar-se, 49% referem confiança moderada e 20,6% sustentam confiança elevada. No que diz respeito à “frequência de satisfação com a excitação sexual, 40,2% das mulheres refere a sua presença algumas vezes e 20,6% quase sempre/ sempre, 18,6% referem a maior parte das vezes e 15,7% poucas vezes.

No que concerne ao domínio da lubrificação, quanto à sua frequência, é possível verificar que 28,4% das mulheres refere o seu acontecimento ocasional, 24,6% quase sempre/ sempre, 21,6% poucas vezes e 20,6% a maior parte das vezes, refletindo respostas díspares, não havendo uma maioria. Ainda neste domínio, mas referente à dificuldade na lubrificação, 28,4% referem ser muito difícil, 24,5% ligeiramente difícil e 18,6% referem ser difícil e outras 18,6% revelam nenhuma dificuldade. É possível verificar que tal como no item anterior, também este apresenta respostas muito diferentes. Relativamente à “frequência da manutenção da lubrificação até ao fim da relação sexual”, revelam-se percentagens de 31,4% para a sua ocorrência ocasional (algumas vezes), 26,5% a maior parte das vezes e 21,6% quase sempre/ sempre. No domínio da lubrificação, quanto à “dificuldade na manutenção da lubrificação até ao fim da relação sexual, 30,4% da amostra referem ser ligeiramente difícil, 28,4% nenhuma dificuldade e 23,5% difícil.

No que diz respeito ao domínio do orgasmo, quanto à sua frequência, 31,4% revelam acontecer quase sempre, 25,5% a maior parte das vezes e 23,5% algumas vezes. Quanto à dificuldade em atingir o orgasmo, 30,4% referem não ter nenhuma dificuldade, outras 30,4% das mulheres dizem ser ligeiramente difícil e 26,5% referem ser difícil. Relativamente ao nível de satisfação com a capacidade para atingir o orgasmo, 36,3% mencionam estar moderadamente satisfeitas e 28,4% muito satisfeitas.

Em relação ao domínio da satisfação, quanto ao nível de satisfação com o grau de proximidade emocional com o parceiro, 44,1% mencionam estar muito satisfeita e 31,4% moderadamente satisfeita. No nível de satisfação com o relacionamento sexual com o parceiro, 41,2% das mulheres aludem estar muito satisfeita e 32,4% moderadamente satisfeita. O nível de satisfação sexual com a vida sexual em geral, apresentou percentagens de 37,3% para a resposta muito satisfeita e outros 37,3% para moderadamente satisfeita.

O domínio da dor após a penetração vaginal e relativamente à sua frequência, 32,4% da amostra refere acontecer ocasionalmente (algumas vezes), 26,5% mencionam poucas vezes e 21,6% referem ter dor a maior parte das vezes. No que diz respeito à classificação do nível de dor durante ou após a penetração vaginal, 31,4% aludem ao nível moderado, 26,5% classificam como baixo e outras 26,5% mencionam ser muito baixo/ nenhum.

#### **4. DESCRIÇÃO DO PERCURSO DE REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL PARA AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS**

Este capítulo destina-se a descrever o percurso de realização do estágio para a aquisição de competências especializadas, relatando a realização de atividades em cada campo de estágio com vista a atingir as competências propostas pelo plano de estudos em consonância com as competências específicas do EESMO.

##### **4.1. PERCURSO DE REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL NO SERVIÇO DE URGÊNCIA OBSTÉTRICA E GINECOLÓGICA**

Relativamente ao desenvolvimento de competências especializadas em Saúde Materna e Obstétrica no âmbito dos cuidados pré-natais, tive oportunidade de colaborar na triagem de grávidas em início de TP, avaliando o estágio do TP em que se encontravam e avaliando o bem-estar materno fetal quando adequado. Adquiri competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher e família a vivenciar processo de saúde/doença ginecológica, tendo em vista a promoção da saúde e bem-estar, tratando precocemente complicações. As situações mais recorrentes trataram-se de menorragias e metrorragias, algias pélvicas, infeções do trato urinário e abortos em evolução.

Na triagem do SUOG, tive ainda oportunidade de acompanhar puérperas que recorreram a este serviço por mamas túrgidas, mastites, lóquios com cheiro fétido, perdas vaginais de coágulos sanguíneos e suturas de cesariana com deiscência ou sinais inflamatórios. A educação em saúde foi essencial enquanto intervenção do EESMO, pois pude constatar que, por vezes, as mulheres recorrem ao serviço de urgência, não por uma situação patológica, mas porque necessitam de esclarecimentos relativos à sua saúde.

Já em contexto de sala de partos tive oportunidade de prestar cuidados às grávidas/família com situações patológicas associadas à gravidez, internadas para vigilância do bem-estar materno-fetal. Observei que a necessidade de internamento durante a gravidez é um fator de ansiedade para a grávida e pessoas significativas, não apenas pela necessidade de internamento, mas também pelos riscos materno-fetais que estão normalmente implícitos. Desta forma, a vivência do estado gravídico é alterada, bem como a transição para o papel parental, que pode

ficar comprometida. A intervenção do EESMO com competências relacionais, técnicas e científicas, torna-se essencial para facilitar a adaptação neste período.

Concretamente as situações de cuidados relacionadas com os riscos materno-fetais acrescidos à gravidez com que me deparei foram essencialmente a ameaça de parto pré-termo (APPT), a pré-eclampsia e a diabetes gestacional. Relativamente à APPT, tive oportunidade de prestar cuidados a mulheres com encurtamento cervical e/ou contratilidade uterina regular e dolorosa antes das 37 semanas de gravidez. De acordo com Graça (2010) compreende-se por parto pré-termo aquele que se inicia antes das 37 semanas de gravidez e depois de ser atingido o tempo de gestação tido como limite inferior da viabilidade. De acordo com o mesmo autor a APPT prevê a existência de contrações uterinas frequentes, regulares, dolorosas, com o segmento inferior uterino distendido, mas sem apagamento ou dilatação do colo.

Também aqui a educação para a saúde foi uma das necessidades encontradas, não só no que respeita aos cuidados a ter durante a gravidez para diminuir os riscos associados às situações patológicas, mas também, no que respeita aos cuidados ao recém-nascido prematuro e quais os riscos e necessidades especiais associadas, bem como ao circuito de internamento da grávida, da mãe e bebé. Nestas questões, foi uma mais valia exercer funções no Serviço de Obstetrícia do mesmo hospital, esclarecendo as famílias com mais segurança e com conhecimento da dinâmica dos diversos serviços.

Posso salientar alguns aspetos do percurso de aprendizagem, como a necessidade de perfusões de sulfato de magnésio, tanto no contexto de prevenção das convulsões na pré-eclampsia, como para neuroprotecção do prematuro nos casos de APPT, com os cuidados inerentes aos possíveis efeitos secundários. A perceção do diagnóstico diferencial das várias perturbações tensionais da gravidez e a vigilância de sinais de agravamento da pré-eclampsia, bem como a manutenção do controlo glicémico com as possíveis complicações associadas à diabetes, associando-se ao conhecimento sobre protocolos internos de atuação para as diferentes situações.

Tive ainda oportunidade de prestar cuidados em situações de indução de TP, que está indicada quando o risco de prolongar a gravidez ultrapassa os seus benefícios. Na presente instituição está preconizada após as 41 semanas de gravidez, salvo se existirem complicações que predizem desfechos desfavoráveis prolongando-se a gravidez, tal como recomendado pela DGS (2015a). A decisão de induzir o parto prende-se com critérios clínicos, ou seja, cabe à equipa médica obter o consentimento por parte dos casais e optar pelo método a utilizar, no entanto ao EESMO confere-se a educação em saúde, apoio às famílias, vigilância e monitorização do TP.

O esclarecimento das famílias, de forma a terem conhecimentos reais acerca da possível duração prolongada das induções do trabalho de parto, revelou-se de grande importância, já que as suas expectativas se prendem com uma rápida evolução do TP.

Outra das atividades desenvolvidas foi a monitorização da cardiotocografia (CTG), quer prévia, quer após a administração de prostaglandinas ou análogos, constituindo uma intervenção importante, por ser um fator preditivo do bem-estar fetal e da tolerância da unidade feto-placentar à indução propriamente dita. Neste sentido, aprofundei conhecimentos sobre a interpretação do CTG durante o TP, nomeadamente a capacidade de identificação com segurança das categorias (I, II ou III) em que se insere cada traçado de acordo com a classificação do American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG, 2009). Esta leitura exige conhecimentos teóricos, experiência e capacidade de raciocínio rápido, já que ao longo do TP a categoria do CTG pode mudar rapidamente, obrigando a medidas imediatas de recuperação intrauterina. Assim, fui procurando adquirir competências nesta área, de forma a aperfeiçoar esta intervenção autónoma como futura EESMO, através de pesquisa e de discussão das diversas situações com a orientadora do estágio. Nesta instituição, é prática, a monitorização contínua do CTG, embora de acordo com o bem-estar materno fetal e avaliando cada situação em particular, esta seja muitas vezes interrompida para proporcionar à grávida, por exemplo a ida ao duche. Este serviço está dotado de monitorização por telemetria, permitindo à mulher deambular e balancear na bola de *Pilates*, enquanto está monitorizada.

Também a consulta dos exames complementares de diagnóstico, o conhecimento dos antecedentes pessoais e familiares da grávida, a avaliação do Índice de *Bishop* ou a presença de contraindicações para a indução eram preocupações constantes.

O desenvolvimento de competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher e família durante os quatro estádios do trabalho de parto, foi talvez o maior dos desafios, pois implicou competências técnicas completamente novas e que de fato apenas se desenvolvem com a experiência prática. No entanto e apesar do inegável entusiasmo associado ao período expulsivo, devo dizer que este me dava mais satisfação quando resultava de um acompanhamento continuado e personalizado das famílias ao longo dos vários estádios do TP.

Desde o primeiro contato, após o estabelecimento inicial de uma relação terapêutica, procurei identificar as preferências e expectativas de cada parturiente e família, informando sobre as opções que tinham à sua disposição neste contexto e de que forma poderíamos adaptar



os recursos à sua vontade. Neste sentido, a tricotomia e os enemas, já não são cuidados rotineiros ou que se imponham às parturientes. A tricotomia é realizada apenas nas cesarianas eletivas, caso contrário é deixado ao critério da mulher se deseja e como deseja fazê-lo. Relativamente aos enemas, constatei que é prática a sua realização na admissão da grávida em TP, para indução do TP ou cesariana eletiva, contrariando as recomendações da OMS, que entende estas práticas como desnecessárias e a serem realizadas apenas a pedido da mulher.

A promoção do envolvimento da pessoa significativa e o suporte emocional foram essenciais em todas as fases do trabalho de parto, permitindo a qualidade dos cuidados prestados. Para Barros (2006) a presença do acompanhante tem vários benefícios, como o encurtamento do trabalho de parto, a diminuição dos pedidos de anestesia, a diminuição de depressão pós-parto e a menor necessidade em recorrer a partos instrumentalizados/cirúrgicos.

Concretamente, no que respeita tanto à fase latente como à fase ativa do TP, identifiquei a dor como um estímulo, muitas vezes desencadeante de respostas ineficazes. De acordo com a Direção Geral da Saúde ([DGS] 2015), a fase latente de TP pode prolongar-se nas nulíparas até 20 horas e nas múltiparas até 14 horas e tem início com a contratilidade uterina rítmica. Já a fase ativa de TP e, portanto, o primeiro estágio de TP iniciam-se aos 4cm de dilatação cervical, com apagamento quase total do colo e que pode ter uma duração até 10 horas, neste caso, maioritariamente já sob perfusão de ocitocina, de acordo com a DGS (2015). Assim, depreende-se que este pode ser um período temporal bastante alargado, em que o desconforto pode estar presente e que leva muitas vezes a respostas ineficazes nas várias formas de comportamento.

Procurei explorar com as parturientes as medidas não farmacológicas para alívio da dor, que gostariam de usufruir e como poderiam fazê-lo, salvaguardando que estas eram promotoras de uma normal progressão do TP e abordando, naturalmente, também as medidas farmacológicas com os seus prós e contras nas várias fases de TP, advertindo que estas necessitam sempre de uma prescrição médica.

No que diz respeito às medidas não farmacológicas, consegui ao longo do estágio proporcionar o uso da liberdade de movimentos, o uso da bola de *Pilates*, o uso da música, o uso da massagem e do toque, com o envolvimento da pessoa significativa e o uso da água no duche. Todas as salas de parto possuem também um rádio com entrada Universal Serial Bus (USB), permitindo às famílias trazerem música de casa se assim o desejarem, bem como televisão.

De todas estas medidas, constatei que o deambular até ao duche, favorecia uma sensação de conforto, indo ao encontro do descrito pela Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras [APEO] (2009), em que a água quente durante a dilatação induz a mulher ao relaxamento,

reduz a ansiedade, estimula a produção de endorfinas, melhora a perfusão uterina e encurta o período de dilatação, aumentando a sensação de controlo da dor e a satisfação. O uso das medidas não farmacológicas para alívio da dor, vai ao encontro do preconizado pelo Projeto Maternidades com Qualidade da OE (2013).

Relativamente às medidas farmacológicas, para além da analgesia endovenosa, que administrei de acordo com a prescrição médica ou o protocolo institucional, colaborei na realização de analgesia regional sob bloqueio epidural. Neste ponto, colaborei na técnica em si, seus possíveis efeitos secundários e qual a vigilância necessária que se pressupõe antes, durante e após a técnica, sendo que administrei o bloqueio epidural de forma autónoma sob protocolo interno, após o teste do cateter pelo anestesista.

Procurei em todas as situações, ser um agente facilitador do parto em movimento de acordo com a vontade da mulher e esclarecendo-a acerca das suas vantagens para a adaptação feto-pélvica, favorecendo assim a natural progressão do TP, e ajudando simultaneamente a mulher a gerir o seu desconforto.

Como medida de conforto incentivei a ingestão de líquidos durante o TP, conforme a vontade da parturiente, o que vai ao encontro do preconizado pelo Projeto Maternidade com Qualidade da OE (2013). Esta medida promove a satisfação e segurança da cliente durante o TP, na medida em que evita a desidratação, evita o aumento da acidez gástrica e dos níveis de stress e facilita a manutenção da reserva energética para o feto e atividade uterina. Naturalmente que esta ingesta tinha em conta a inexistência de fatores risco aumentados ao TP e implicava registos de enfermagem precisos quanto à hora e quantidades.

No que diz respeito à progressão do TP, tive ainda oportunidade de realizar amniotomias, sempre com supervisão e colaboração da enfermeira orientadora. Esta técnica era efetuada perante a avaliação individual da situação, não de forma rotineira e generalizada, pela irreversibilidade do procedimento. Esta prática é indicada pela DGS (2015) como uma alternativa, quando em fase ativa de TP não há a espetável progressão da dilatação cervical, observando-se também as características do líquido amniótico, como preditivo do bem-estar fetal.

Ainda referente à indução e progressão do TP, tive oportunidade de preparar e administrar ocitocina como agente facilitador da condução do TP, esta administração era realizada mediante prescrição médica, mas era competência do EESMO a vigilância e monitorização da sua administração e, caso se justificasse, a sua suspensão.

No que respeita à vigilância do bem-estar materno fetal, tive ainda oportunidade de colocar, numa parturiente, uma monitorização interna da frequência cardíaca fetal, devido à falta de qualidade no registo de um traçado cardíaco fetal.

Colaborei em situações de urgência/ emergência por exemplo perante CTG de categoria III, sem reversão após medidas de recuperação intrauterina e, portanto, com indicação para parto emergente. Saliento a importância do esclarecimento e apoio por parte dos profissionais às famílias que se encontram nestas situações, no sentido de diminuir os níveis de ansiedade das mesmas.

Neste contexto pude participar em 36 partos distócicos, dos quais 17 foram cesarianas, por diversas razões, como cesarianas eletivas, incompatibilidades feto-pélvicas, suspeitas de sofrimento fetal e distocias de progressão ou rotação.

O desenvolvimento de competências práticas nas técnicas de cervicometria, foi um processo progressivo de aprendizagem, com necessidade de discussão e validação com a orientadora de estágio e obviamente a disponibilidade das parturientes, a quem informava acerca da minha condição enquanto aluna do Mestrado e que sempre consentiram a realização desta técnica de forma mais repetida ou demorada. Nestas situações procurava sempre envolvê-las, referindo o que estava a observar e o seu significado do ponto de vista da progressão do TP. Considero que as dificuldades iniciais na realização e interpretação da cervicometria, da bacia materna e da estática fetal, tal como preconiza a OE (2010a), que refere que o EESMO “avalia e determina a adequação da estrutura pélvica em relação ao feto durante o trabalho de parto”, foram ultrapassadas à medida que decorria o estágio.

A aplicação de “técnicas adequadas na execução do parto de apresentação cefálica” (OE, 2019, p.13563) foi a atividade mais desafiadora durante o estágio, embora aplicasse posições não supinas conforme o desejo da mulher, mesmo após a dilatação completa, enquanto a apresentação se encontrava ainda alta e a mulher não tinha vontade de iniciar esforços expulsivos, não tive oportunidade de assistir a nenhum parto em que a mulher estivesse noutra posição que não a de litotomia modificada ou reclinada. A adoção de posições não supinas no período expulsivo, apesar de ser recomendada com base na evidência disponível sobre as suas vantagens, ainda não é uma realidade para muitos profissionais de saúde e mulheres, que apresentam ainda alguma renitência na sua execução. Contudo, neste contexto de cuidados, existem alguns profissionais, especialmente EESMO, que aplicam esta prática com alguma regularidade. Perante uma CTG de categoria I, sendo os esforços expulsivos geridos pela própria mulher, ou seja,

espontâneos, desde que esta mostrasse essa vontade, procurarei atender à sua vontade, nomeadamente no que respeita à manipulação/ estimulação do canal vaginal.

Relativamente à realização de episiotomias, sendo esta a minha temática a aprofundar, procurei fazê-lo de forma restrita, promovendo a integridade perineal, de acordo com a evidência científica e revisão da literatura por mim realizadas. A aplicação de técnicas de reparação do canal de parto, quer por ter sido necessária a realização de episiotomia, quer por ter ocorrido alguma laceração perineal, foi um desafio que ultrapassei ao longo do estágio. Assim dos 32 partos que realizei, efetuei 14 episiotomias. Apesar de considerar que todas as episiotomias que realizei foram justificadas, validando a sua necessidade com a enfermeira orientadora, foi uma taxa muito superior aos 10% recomendados pela Organização Mundial de Saúde. Contudo, e enquanto prática futura, pretendo com a progressiva aquisição de competências e com a adoção por exemplo, de medidas de proteção do períneo e de posições não supinas durante o período expulsivo, diminuir esta taxa de episiotomias, sendo algo a trabalhar para superar. Assim, tive oportunidade de desenvolver competências, tendo efetuado 26 episiorrafias/ perineorrafias, sendo que suturei episiotomias e lacerações de Grau I e II.

Não apenas no período expulsivo, mas durante todo o meu acompanhamento do trabalho de parto e parto, procurei praticar competências de comunicação, transmitindo calma, segurança e incentivo, através da postura e discurso, tentando que a família se sentisse segura e capacitada, pois a forma como cuidamos os nossos clientes interfere com as suas respostas comportamentais, indo ao encontro da OE (2015) que defende que as palavras utilizadas para abordar uma mulher em TP podem ser facilitadoras ou dificultadoras de todo o processo.

A verificação dos primeiros sinais de boa adaptação do RN à vida extrauterina, ficavam assim a meu cargo, tentando minimizar a exposição deste a estímulos excessivos, desde as variações da temperatura, aos ruídos intensos, a procedimentos e manipulações que apenas contribuem para a instabilidade cardiovascular, respiratória e neurovegetativa, tentando assim proporcionar à díade um ambiente físico favorável durante o parto. Ainda assim, tive oportunidade de experienciar algumas situações em que foi necessária a intervenção da equipa de pediatras com medidas de reanimação.

Refiro ainda o facto de ter realizado diversos partos com distócias de rotação e presença de circulares cervicais, o que causava alguma ansiedade durante aquele momento tão esperado, mas que juntamente com a enfermeira orientadora foi possível resolver estas situações. Estes acontecimentos potenciaram um crescimento pessoal e profissional, por promoverem momentos de pesquisa e reflexão sobre a prática clínica.

No que concerne, ao desenvolvimento de competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher, recém-nascido e família no período pós-parto no sentido de potenciar a saúde e bem-estar da puérpera e do recém-nascido, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade, destaco a promoção da vinculação da díade/tríade e do estabelecimento precoce do aleitamento materno. Sempre que possível, nos partos distócicos que participei fui a enfermeira responsável pelos primeiros cuidados aos recém-nascidos. Verifiquei a funcionalidade de todos os equipamentos antes do nascimento, preparando a unidade com todo material necessário e assegurei todos os cuidados imediatos ao RN após o seu nascimento. Autonomamente ou em parceria com o médico pediatra, assegurei “a avaliação imediata do recém-nascido implementando medidas de suporte à vida extrauterina” (OE, 2019, p.13563). Alguns dos cuidados imediatos realizados incluíram a secagem do corpo do RN com um pano esterilizado, a avaliação do Índice de Apgar (*Appearance, Pulse, Grimace, Activity, Respiration*) e a colocação do bebê em contato pele a pele com a mãe.

Neste sentido, ressalto que diversos estudos científicos têm evidenciado os benefícios da clampagem tardia do cordão umbilical, pelo que este procedimento foi realizado, sempre que possível, de acordo com esses resultados. Retardar pelo menos 2 minutos o corte do cordão umbilical associa-se a benefícios neonatais que se estendem durante a infância, como: melhoria do hematócrito, melhoria da concentração de ferritina e redução do risco de anemia (Andersson, Hellstrom & Damelof, 2011).

Sempre que possível estimulei a participação da pessoa significativa na realização de determinados cuidados, nomeadamente no corte do cordão umbilical, tal como Barros (2006) sugere, sustentando que o acompanhante deverá ser estimulado a realizar este procedimento, quando possível, de forma a participar no nascimento. Para dar resposta a este pressuposto, questioneei o acompanhante ou a parturiente se pretendiam cortar o cordão umbilical do recém-nascido, com o meu apoio, reforçando a sua participação ativa no parto e favorecendo a vinculação precoce. A maioria dos acompanhantes, com os quais tive oportunidade de contatar ao longo do estágio, apresentaram vontade de cortar o cordão umbilical.

Debruçando-me sobre a dequitudura, nesta instituição preconiza-se uma condução ativa, pelo menor risco de hemorragia associado. A administração de uterotónicos após a expulsão da placenta é feita de forma rotineira, já que a sua administração reduz o risco de hemorragia pós-parto. No que respeita às dosagens, tem-se em conta os fatores de risco específicos da mulher para hemorragia e atonias uterinas.

Foi realizada uma minuciosa avaliação da placenta e membranas, de forma a prever a possível retenção, seguida da avaliação da formação do globo de segurança de *Pinard*, técnicas estas, que não tive dificuldade em realizar sabendo descrever as características e integridade da placenta bem como a avaliação da contração uterina e fundo do útero.

Tive ainda hipótese de prestar os primeiros cuidados a cerca de 68 RN, favorecendo sempre a adaptação à vida extrauterina. De acordo com o preconizado também neste contexto, tive a oportunidade de proporcionar o contato pele-a-pele, minimizando a sua interrupção. Afastava o bebê da mãe apenas para a pesagem, sendo os restantes procedimentos, como a administração de Vitamina K e a colocação de pulseira de identificação e pulseira eletrônica *Hugs*, realizados em contato pele-a-pele, favorecendo a vinculação precoce e amamentação. Em algumas situações, em que não foi possível realizar com a mãe, por esta se encontrar hemodinamicamente instável, foi realizado com o pai, possibilitando ao RN e ao familiar usufruírem das vantagens do contato pele-a-pele.

Vários autores descrevem os benefícios do contato pele a pele na primeira hora de vida, para a transição para a vida extrauterina, na medida em que promove a estabilização cardiopulmonar e reduz os níveis de stress do RN no pós-parto, favorece a manutenção da temperatura, o processo de vinculação, o início da amamentação e a amamentação exclusiva.

Esta instituição está acreditada como Hospital Amigo dos Bebés, assim o apoio, a proteção e a promoção do aleitamento materno são uma realidade. Os RN são preferencialmente alimentados com leite materno na primeira hora de vida, desde que seja a vontade da família e não haja contraindicação. Relativamente ao contato pele-a-pele enquanto promotor da amamentação, descrito pela OE (2015), tive a oportunidade de verificar a capacidade inata com que o RN inicia a amamentação, por vezes sem necessitar de qualquer intervenção, embora já detivesse deste conhecimento graças à minha prática no puerpério. Tanto nos partos que tive possibilidade de participar no segundo estágio do TP, como naqueles em que apenas prestei os cuidados ao RN, promovi a vinculação precoce, evitando barreiras físicas e emocionais entre os elementos da família, esclarecendo acerca dos vários cuidados prestados e das competências inatas dos RN.

Tive também oportunidade de prestar cuidados a RN com necessidade de cuidados especiais como é o caso de mães diabéticas, mães infetadas com o vírus da imunodeficiência humana ou hepatite B, cumprindo os protocolos institucionais existentes para o efeito, bem como RN com malformações físicas minor.

No puerpério imediato foram realizados cuidados de higiene e conforto. Foi efetuada a vigilância da puérpera, despistando complicações, através da avaliação dos sinais vitais, avaliação da involução uterina, através da palpação da altura do fundo do útero, tonicidade, mobilidade e volume; avaliação das características dos lóquios (quantidade, cor, cheiro); observação do períneo (edema, hematoma, episiorrafia/ perineorrafia) e da região anal (hemorroidal ou lesões do esfíncter anal/reto). Também a vigilância da eliminação urinária, uma vez que existe o risco de retenção urinária devido à anestesia local, analgesia epidural, edema da uretra e / ou do meato urinário, traumatismos do canal de parto (episiotomia, lacerações, hematomas) e a presença de globo vesical podem dificultar a involução uterina.

Colaborei nos cuidados prestados a mulheres com hemorragia pós-parto, atuando de acordo com o protocolo interno da instituição em colaboração com a equipa multidisciplinar, que preconiza a monitorização hemodinâmica da puérpera, canalização de acessos venosos e colheita de sangue para análises, manutenção da cabeceira a 0° e da normotermia, administração de fluídos e de oxigénio. Naturalmente sempre com verificação das possíveis causas, como a atonia uterina, as lacerações do canal de parto, coagulopatias, retenção de restos placentares ou a inversão/rutura uterina.

As intervenções do EESMO no que respeita à obstetrícia prendem-se essencialmente com a promoção de experiências felizes para as famílias e para os próprios profissionais, mas situações inesperadas e imprevisíveis também acontecem, assim torna-se essencial o domínio das competências do EESMO para que sejamos elementos facilitadores da manutenção e adaptação saudável dos projetos de saúde e de vida destas famílias a quem é imposta uma experiência tão complexa e marcante, constituindo dever de todo o EESMO ajudar a cliente a maximizar o seu potencial de saúde (OE, 2015). A relação que estabeleci com as parturientes e com os seus acompanhantes foi muito positiva e acredito que houve momentos em que fez a diferença.

Com base nestes pressupostos, ressalto a importância do “Projeto Maternidade com Qualidade”, que documenta estas informações, permitindo as respetivas auditorias, visando um cuidar individualizado e que aumenta a qualidade dos cuidados prestados (Anexo D). Também, o instrumento “Plano de Parto” (Anexo E), em que podemos seguir um quadro de desejos e responder a receios da parturiente, valorizando o empoderamento da mesma.

O desenvolvimento e aquisição de novas competências técnico-científicas no cuidado especializado durante os quatro estádios do TP foram trabalhados durante todo o estágio permitindo uma autonomia crescente em todas as atividades desenvolvidas, embora sempre com a supervisão e apoio da enfermeira orientadora.

#### 4.2. PERCURSO DE REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL NA CONSULTA EXTERNA DE OBSTETRÍCIA

Segundo o Regulamento de Competências Específicas do EESMO (2019), no período pré-natal, este possui competências para promover a saúde da mulher, diagnosticar precocemente e prevenir complicações, providenciando cuidados e facilitando a sua adaptação a este período.

Durante o estágio tive oportunidade de realizar consultas de enfermagem de vigilância pré-natal a cerca de 180 grávidas, sendo que realizei o acolhimento, a colheita de dados, a monitorização de sinais vitais, a execução de exame físico e ginecológico através da avaliação da progressão ponderal, a avaliação da altura de fundo do útero, as manobras de Leopold, a auscultação dos batimentos cardio-fetais, a realização do Teste de Combur (teste rápido de urina), colheitas de exsudado vaginal para pesquisa de Estreptococos do Grupo B, a interpretação e pedidos de exames laboratoriais, cervicometrias, CTG, a educação para a saúde individualizada com o esclarecimento de dúvidas, o diagnóstico e registo de problemas de enfermagem e o respetivo registo dos cuidados prestados no processo de enfermagem no sistema informático SClínico e no Boletim de Saúde da Grávida.

Estas consultas constituem um momento privilegiado para realizar ensinamentos de acordo com a idade gestacional, e é neste ponto que destaco mais o meu desenvolvimento de competências neste contexto de estágio, que me permitiram organizar a informação relevante e adequada a cada grávida, valendo-me de aptidões anteriormente apreendidas que me possibilitaram realizar educação para a saúde de forma autónoma nas consultas de enfermagem às grávidas. Abordei temáticas como: desconfortos da gravidez, alimentação na gravidez, plano de parto, sinais e sintomas de trabalho de parto, sinais de alarme para recorrer ao serviço de urgência, amamentação e seus benefícios.

Realizei diversos tipos de consulta quer na vigilância de gravidez de risco, quer na vigilância de baixo risco, em parceria com a equipa médica, nomeadamente, consulta de obstetrícia geral, consulta de avaliação do bem-estar fetal, consulta de diabetes na gravidez,



consulta de diagnóstico pré-natal, consulta da grávida adolescente, consulta de gravidez gemelar, consulta de hipertensão na gravidez, consulta de peri-parto, consulta de preparação para o parto e consulta de interrupção voluntária da gravidez.

Em geral, não tive dificuldade na realização das consultas, sendo capaz, após a primeira semana, de conduzir a consulta de enfermagem prévia à observação médica autonomamente. Contudo, na consulta de obstetrícia de diagnóstico pré-natal tive a necessidade de orientação mais atenta da EESMO (orientadora de estágio), visto ter ainda alguma dificuldade na interpretação de exames complementares de diagnóstico, como o rastreio combinado precoce e do 1º trimestre, biópsia das vilosidades coriônicas e amniocentese, entre outros exames genéticos, pelo que procurei aprofundar conhecimentos teóricos com base na literatura existentes e orientações da direção geral de saúde. Ainda no contexto desta consulta, refiro o apoio prestado pelos profissionais de saúde, especialmente o EESMO, nos casos de malformações congénitas e interrupções médicas da gravidez, o que constituiu um desafio também para mim, no que diz respeito à minha própria gestão de emoções.

Relativamente à Consulta de Interrupção Voluntária da Gravidez, tive a oportunidade de realizar intervenções em educação para a saúde sobre sinais e sintomas de abortamento, esquema medicamentoso, planeamento familiar e contraceção, indo ao encontro das orientações da OE (2019, p.13563) no que diz respeito às unidades de competências “promove a saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento” e “diagnostica precocemente e previne complicações na saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento”. Estas mulheres eram instruídas a comparecerem nas consultas de planeamento familiar nos cuidados de saúde primários que são, nesse contexto, e de acordo com a DGS (2008) uma componente fundamental da prestação integrada de cuidados em saúde reprodutiva e nessa perspetiva, a consulta de Planeamento Familiar deve assegurar, também, outras atividades de promoção da saúde tais como informação e aconselhamento sexual, prevenção e diagnóstico precoce das infeções de transmissão sexual, do cancro do colo do útero e da mama, prestação de cuidados pré-concecionais e no puerpério.

Na área do planeamento familiar e saúde reprodutiva, relativamente aos processos de interrupção voluntária da gravidez, considero que o EESMO pode e deve intervir, garantindo um cuidar de excelência holístico, através de acompanhamento regular ao longo do ciclo de vida do casal através de intervenções atempadas minimizando deste modo complicações, oferecendo também opções de escolha à mulher/casal, proporcionando decisões informadas,

com maior segurança e, conseqüentemente, melhor utilização do método contraceptivo, possibilitando uma vida sexual segura e satisfatória.

Enalteço a importância do EESMO na consulta peri-parto, ou seja, na consulta que é realizada após encaminhamento dos cuidados de saúde primários para realização da vigilância do bem-estar fetal, pois este profissional tem autonomia para pedir exames complementares de diagnóstico em falta, realizar a marcação de CTG até ao final da gravidez e marcação da indução do trabalho de parto, exigindo do mesmo uma observação criteriosa da grávida e respetiva vigilância da gravidez.

Confesso que relativamente às patologias como a diabetes e hipertensão na gravidez, não tive dificuldades quer na educação para a saúde, quer na sua vigilância, graças ao meu conhecimento prévio sobre as mesmas, respetivas complicações e protocolos.

Relativamente à consulta de preparação para o parto, para mulheres que pretendem frequentar as sessões de preparação para a parentalidade, sem contraindicações obstétricas, realizei o questionário prévio ao seu início, bem como realizei num grupo uma sessão expositiva, instrumento este já realizado pelas EESMO que efetuam estas sessões, sobre o empoderamento do casal, onde abordei temáticas como: trabalho de parto e parto; onde incluí assuntos sobre o projeto maternidade com qualidade, já supracitado; cuidados ao recém-nascido; aleitamento materno; cuidados no puerpério; e segurança do recém-nascido.

Notou-se nesta sessão que as questões realizadas pelos pais eram essencialmente sobre os cuidados ao RN e amamentação. Neste sentido, as grávidas presentes mostraram-se bastante motivadas para amamentar, e esta sessão na minha opinião vai ajudar estas mulheres a reconhecer as principais dificuldades que podem ocorrer, capacitando-as a desenvolver competências no sentido de saberem atuar de forma precoce, mantendo deste modo o processo de amamentação, diminuindo o seu abandono.

#### 4.3. PERCURSO DE REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL NO SERVIÇO DE OBSTETRÍCIA

O estágio no Serviço de Obstetrícia, foi realizado em dois momentos temporais, englobando o estágio de puerpério e posteriormente o estágio em contexto de grávidas com patologia em regime de internamento, no qual tive a oportunidade de frequentar as consultas de técnicas de ginecologia.

#### 4.3.1 Serviço de Obstetrícia – Puerpério

O estágio no Serviço de Obstetrícia em contexto de puerpério foi realizado onde presto cuidados enquanto enfermeira generalista, acartando assim alguns desafios, nomeadamente na reflexão sobre as minhas práticas diárias à luz de competências especializadas. Assim, considero ter aprofundado conhecimentos relativamente aos cuidados urgentes/emergentes à puérpera e recém-nascido com base na aprendizagem realizada em contexto de bloco de partos. Outra mais valia que tive neste estágio foi desenvolver competências de formação à restante equipa no que concerne à prestação de cuidados atualizados e baseados na evidência científica.

Assim, relativamente à prestação de cuidados de enfermagem especializados de saúde materna e obstétrica à mulher, RN e família no período pós-parto, potenciado a saúde e estilos de vida saudáveis e apoiando no processo de transição e adaptação à parentalidade - segundo o Regulamento de Competências Específicas do EESMO (OE, 2019), durante o período pós-natal este possui competências para promover a saúde da mulher e recém-nascido, diagnosticar precocemente e prevenir complicações para a saúde da mulher e recém-nascido e providenciar cuidados nas situações que possam afetar negativamente a saúde dos mesmos.

Desta forma, e para a aquisição destas competências realizei revisão bibliográfica, procurando evidência científica. Informei e orientei a mulher/família sobre o autocuidado, os recursos disponíveis na comunidade, o desenvolvimento normal ou eventuais alterações da sua saúde e do RN, a sexualidade e contraceção pós-parto, promovendo a decisão esclarecida. Apoiei a mulher/RN/família na adaptação ao pós-parto, nomeadamente na promoção do aleitamento materno, no processo de vinculação e aquisição de competências parentais, favorecendo ganhos em saúde. Enalteço a qualidade dos cuidados de enfermagem no puerpério, como base para a prevenção de complicações, a sua importância no conforto físico e emocional e nas ações de educação para a saúde que possam dar à mulher “ferramentas” para cuidar de si e do seu bebé.

Diagnosticuei precocemente e preveni complicações para a saúde da mulher/casal e RN durante o período pós-natal, através da vigilância e monitorização da puérpera e RN no sentido de prevenir situações que possam afetar negativamente a saúde da tríade. Identifiquei precocemente complicações no pós-parto, referenciando as situações que estão para além da área de atuação do EESMO. Elaborei planos de cuidados e registos das intervenções e respetiva validação, nos processos informáticos das clientes, transmiti informação pertinente e adequada na passagem de turno, promovendo a continuidade dos cuidados. Utilizei os instrumentos vigentes no hospital, nomeadamente a notícia de nascimento promovendo a

articulação e a continuidade dos cuidados com os restantes recursos da comunidade. Realizei ações de educação para a saúde na alta hospitalar, promovendo a saúde das famílias. Efetuei consultas de enfermagem no Cantinho de Amamentação do serviço, bem como através da linha telefónica do serviço.

O ingresso no curso permitiu-me aprofundar a teoria já apreendida no meu local de trabalho, desenvolvi novos conhecimentos e por consequência novas competências e acima de tudo capacidade de reflexão sobre a minha prática, originando uma análise mais aprofundada das diferentes situações que vão ocorrendo, bem como questionando determinadas atitudes terapêuticas praticadas nas diversas ocorrências. Sem dúvida, que o facto de acompanhar as mulheres no bloco de partos e depois prestar cuidados às mesmas no puerpério, fez com que o meu olhar sobre as mulheres fosse mais abrangente e de fácil compreensão de como incidir os meus cuidados naquela díade e/ou tríade, bem como no levantamento de diagnósticos de enfermagem, não só os transversais a todas as puérperas, mas também os diagnósticos dirigidos especificamente para as diferentes mulheres conforme as suas necessidades.

Individualizei os meus cuidados, observando os dados subjetivos, que só conseguimos apreender através da presença junto das clientes, dando atenção à comunicação não-verbal e à forma como interagem com o RN, família, prestadores de cuidados e ambiente, e neste caso com a própria identidade maternal. O facto de ter mais tempo para os meus clientes, permitiu-me realizar processos de enfermagem e planos de cuidados dirigidos e centrados na pessoa. Ou seja, continuei sim a realizar o que já era a minha prática, mas agora com mais qualidade e com mais fundamentação teórica para responder às diferentes exigências por mim e pelo meu orientador EESMO reconhecidas.

Entre outros, houve assuntos que foram mais abordados como: o desconforto abdominal enquanto a puérpera se encontrava a amamentar o seu bebé, sendo esta uma queixa recorrente, onde explicava que essas dores são contrações uterinas, que se tornam mais intensas quando se encontra a amamentar e que estas, favorecem a involução uterina, facilitam a eliminação dos lóquios e que são mais frequentes nas primeiras 48 a 72 horas após o parto. Relativamente ao desconforto e à dor perineal, igualmente uma queixa frequente, ofereci e informei todas as puérperas relativamente às vantagens da aplicação de frio local, em caso de necessidade foi administrado analgésico prescrito, sendo reforçada a importância da higiene perineal diária para manter o períneo limpo e seco, bem como a mudança frequente do penso. Também informei a puérpera dos sinais e sintomas de infeção, reparação inadequada, deiscência da sutura (dor,

ardor, cheiro intenso ou dispareunia). Ainda dentro desta temática realizei ensinamentos com base na revisão da literatura da minha temática, abordando a sexualidade e informando da fraca evidência na associação da presença de episiotomia e alterações da função sexual feminina.

Instruí, treinei e supervisionei a mulher/família no autocuidado, onde reforçava sempre os cuidados a ter com as mamas, sutura abdominal (nas cesarianas), alterações do padrão de eliminação, alterações dos membros inferiores, consulta de revisão do parto e contraceção. Incidi-me também na observação comportamental da mulher, dando ênfase à necessidade de repouso e organização de tarefas, promovendo também a autoestima das mulheres e companheiros nesta fase de transição para a parentalidade. Neste sentido, incluí na alta hospitalar, todos os ensinamentos abordados no decorrer do internamento, cuidados estes descritos detalhadamente no estudo de um caso realizado em contexto de Consulta de Enfermagem de Puerpério (Apêndice F).

No que concerne ao RN instruí, treinei e supervisionei a mãe, casal e família, nos cuidados ao RN de forma a capacitá-los, nomeadamente nos cuidados de higiene e conforto, cuidados com o coto umbilical, massagem do RN para alívio das cólicas, vestuário adequado, amamentação e suas vantagens e a importância de vigiar o padrão de eliminação do RN. Realizei a vacinação Anti-VHB, os rastreios das cardiopatias congénitas ao RN, análises laboratoriais quando necessárias e Rastreio das Doenças Metabólicas. Identifiquei alterações do estado de saúde da puérpera e RN, referenciando as situações que estão para além da minha área de atuação, nomeadamente em contextos sociais e condições psicológicas de vulnerabilidade. Quanto à educação e promoção da saúde infantil no pós-alta, dei ênfase à realização do Rastreio das doenças metabólicas, bem como o peso semanal, plano nacional de vacinação, consulta de saúde infantil, Rastreio do Olho Vermelho, Rastreio Auditivo Neonatal e o transporte seguro do RN.

A troca de experiências com a restante equipa de enfermagem de forma informal, ao longo dos dias, contribuiu para que eu aprendesse com as suas experiências, e eles próprios atualizando os seus conhecimentos comigo, através de novas evidências científicas. Procurei atuar sempre de acordo com os princípios éticos, valores e referenciais orientadores da profissão, respeitando a vontade e a individualidade de cada díade ou tríade, estabelecendo uma relação terapêutica e de confiança.

Embora seja uma prática diária minha, implementei e avaliei intervenções de promoção e apoio ao aleitamento materno, pois o serviço de obstetrícia distingue-se por

integrar-se no Hospital Amigo dos Bebés, sendo que para tal, devemos cumprir os 10 passos, conforme recomendação da Organização Mundial de Saúde.

Assim, indo ao encontro do décimo passo do Hospital Amigo dos Bebés, na alta hospitalar é marcada uma Consulta de Enfermagem do Puerpério, onde são colmatadas dúvidas e dificuldades na amamentação, é realizado o exame físico da puérpera e RN, detetando eventuais complicações do período do puerpério e alterações neonatais. Não posso deixar de referir, que adoro trabalhar no puerpério, e que ter tempo para prestar bons cuidados de enfermagem especializados, deu-me imensa satisfação. Refiro ainda que o EESMO, destaca-se no puerpério pelas suas competências, tendo um carácter formativo na equipa, promovendo a excelência dos cuidados, bem como atua em situações de emergência em que o enfermeiro generalista não pode responder, assume posição de chefia na equipa e está plenamente habilitado para a prestação de cuidados e ações de educação para a saúde às puérperas e RN.

#### 4.3.2 Serviço de Obstetrícia – Grávidas/Ginecologia

O estágio no Serviço de Obstetrícia em contexto de internamento de grávidas tal como no internamento de puérperas, foi realizado onde presto cuidados enquanto enfermeira generalista, embora na minha prática e na falta de EESMO eu tenha grávidas ao meu cuidado, enquanto aluna da especialidade pude ter uma prática mais autónoma da restante equipa multidisciplinar, nomeadamente obstetras e EESMO. Assim, considero ter aprofundado conhecimentos neste sentido, relativamente aos cuidados urgentes/emergentes à grávida, bem como a vigilância do bem-estar materno-fetal. Neste sentido, desenvolvi competências na vigilância pré-natal, mais propriamente na interpretação das CTG e na realização de cervicometrias, em continuidade com o apreendido em contexto de sala de partos.

Relativamente às minhas intervenções nas puérperas, realizei o acolhimento, exame físico e respetivo processo em registo SClínico. Realizei educação para a saúde no âmbito da gravidez, nomeadamente alimentação, cuidados de higiene e conforto, desconfortos da gravidez, sinais de alarme, vigilância na gravidez, trabalho de parto e parto, puerpério e amamentação.

As patologias/ complicações da gravidez mais frequentes com que me deparei neste estágio foram: Ameaça de Parto Pré-termo, Hemorragia do 2º e 3º trimestres, Encurtamento do colo uterino, pré-eclâmpsia e vômitos incoercíveis. A ameaça de parto pré-termo foi a causa

que mais frequentemente exigiu internamento. Segundo Graça (2010), caracteriza-se pela existência de dor lombar e pélvica, o desconforto hipogástrico e abdominal, a sensação de contractilidade uterina ou mesmo contrações dolorosas. Torna-se necessário determinar a idade gestacional, o tipo de gravidez e caracterizar o quadro clínico, através do exame objetivo, avaliação com tocografia/cardiografografia, ecografia obstétrica e avaliação dos parâmetros analíticos. As intervenções devem incluir a correção dos fatores causais identificados verificando-se a possibilidade de internamento, a instituição do protocolo de maturação pulmonar fetal e contato com unidade de neonatologia, com possibilidade de transferência para unidade hospitalar diferenciada. Durante o estágio transferi duas grávidas por este motivo, pois no presente hospital apenas são realizados partos em grávidas com idade gestacional superior a 34 semanas, uma vez que a unidade funcional de neonatologia é uma unidade de cuidados intermédios.

Procurei informar sobre sinais e sintomas de risco, medidas a adotar para minimizar as queixas e a sintomatologia e sobre estratégias para minorar o impacto da patologia sobre a gestação, sempre adequadas à idade gestacional e necessidades identificadas em cada situação, como é descrito pela OE (2019a, p.13562) “informa e orienta a grávida e conviventes significativos sobre os sinais e sintomas de risco” e “informa e orienta sobre medidas de suporte para alívio dos desconfortos”.

Desenvolvi e aperfeiçoei capacidades e competências na avaliação do “bem-estar materno fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados” (OE, 2019a, p.13562), através da interpretação do traçado cardiotocográfico, da deteção precoce de sinais de alerta e da referenciação à equipa multidisciplinar nas situações que estão para além da minha área de atuação, cooperando com outros profissionais no tratamento da grávida com complicações (OE, 2019a). Em todos os cuidados especializados que prestei, procurei obter o consentimento informado, de forma a fomentar a decisão esclarecida, promover a privacidade da grávida e acompanhante, bem como prestar apoio psicológico sempre que necessário.

Também a minha passagem nas Técnicas Ginecológicas foi bastante enriquecedora, pois foi-me permitido observar técnicas tais como Histeroscopia com polipectomia, Histeroscopia com Biópsias do endométrio, Colposcopia com eletrocirurgia de pólipos do exocolo, Citologias com Tipificação para HPV, que para além de observar pude ainda realizar esta técnica. Embora seja frequente a realização de Conizações, durante as semanas em que frequentei as Técnicas Ginecológicas, não tive oportunidade de observar nenhuma. Considero que esta experiência foi

bastante gratificante, pois a colocação do espéculo vaginal, que parece algo simples requer alguma perícia e poder realizá-la permitiu-me praticar conhecimentos adquiridos em aula.

Estas consultas/ exames ginecológicos são realizados por ginecologistas/ obstetras, duas enfermeiras generalistas e uma assistente operacional. O papel da enfermeira nas técnicas de ginecologia, para além de colaborar com a equipa médica nos diferentes procedimentos, é essencialmente ao nível das intervenções de educação para a saúde. E foi neste âmbito que eu pude participar ativamente nos diferentes exames, enquanto futura EESMO, atuando na promoção da saúde e prevenção e rastreio da doença. Realizei também ensinamentos específicos a mulheres jovens, que haviam sido referenciadas pelos Centros de Saúde por Citologias com alterações relacionadas a doenças sexualmente transmissíveis, onde informei sobre o Papiloma Vírus Humano e respetiva vacina, em mulheres até aos 45 anos.

Segundo Berg e Pace (2010) a enfermeira em ginecologia deverá prestar cuidados no sentido da promoção da saúde potenciando a redução do risco nos comportamentos dos seus pacientes. Consideram ainda que deve ser eliminada a forma de atuação a partir de um modelo tradicional médico de deteção e tratamento de doenças, procurando privilegiar as intervenções práticas no sentido de promover estilos de vida saudáveis que reduzem o risco individual, através da realização de exames de saúde para a deteção precoce de doenças, reconhecendo os sinais e sintomas, e obtendo tratamentos que possam interromper a progressão da doença. A comunicação, a perspicácia e a disponibilidade de tempo são neste sentido fundamentais, com o intuito de proporcionar uma maior empatia e confiança entre o profissional e a mulher, que além de minimizar a ansiedade, a timidez e a vergonha, contribui também para abordagens que proponham a prevenção de problemas ginecológicos.

Neste sentido, as competências de comunicação são essenciais para conhecer as queixas da utente e estabelecer uma forma de interação enfermeira-utente, pelo que deve ser acessível e possibilitar o entendimento das informações fornecidas à cliente, ou seja, uma linguagem clara e objetiva a fim de facilitar a apreensão do conhecimento em questão. Neste processo os fatores como: linguagem adequada, tempo da consulta, feedback, evitar o uso excessivo de termos técnicos e o saber ouvir influenciam decisivamente no processo de comunicação enfermeira-cliente.

Uma orientação devidamente contextualizada e baseada numa relação de confiança irá repercutir-se na qualidade dos cuidados de enfermagem e no processo de consciencialização da utente para o autocuidado. A educação em saúde, na atualidade, configura-se como forma de sensibilizar as pessoas sobre o diagnóstico, tratamento e a cura. Desta maneira, a enfermeira



deve procurar a promoção de hábitos saudáveis e a prevenção da doença através de atividades educativas.

Felizmente pude constatar que este trabalho de comunicação e de educação para a saúde é realmente realizado pela enfermeira que se encontra a prestar cuidados de enfermagem neste espaço e considero que esta foi uma experiência que me proporcionou momentos gratificantes de aprendizagem, principalmente na área da ginecologia e no estabelecimento de competências de comunicação.

## **5. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS**

Este capítulo destina-se a refletir sobre a prática clínica e o desenvolvimento de competências científicas, técnicas e relacionais para a prestação de cuidados de enfermagem especializados em Saúde Materna e Obstétrica. Pretendo, também, realizar uma análise sobre o meu percurso de aprendizagem, focando as principais estratégias utilizadas e as competências aprendidas e desenvolvidas.

Os cuidados na área da Saúde Materna e Obstétrica fazem parte integrante do meu percurso profissional, levando a que exista um grande impulso e motivação para aprofundar conhecimentos e desenvolver competências nesta área. Este Estágio de Natureza Profissional decorreu sem intercorrências e de forma muito enriquecedora, em muito graças à disponibilidade e simpatia de toda a equipa multidisciplinar, com especial relevância para os meus orientadores EESMO, que estabeleceram comigo uma relação de apoio e de mobilização de saberes. Desta forma, passo a descrever a minha análise sobre as competências especializadas adquiridas e a relatar e avaliar os resultados obtidos no estudo onde me incidi para a aquisição de competências de investigação.

### **5.1. PROCESSO DE MOBILIZAÇÃO E AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS**

O Estágio de Natureza Profissional, permitiu-me desenvolver a capacidade de reflexão e análise crítica sobre as atividades de aprendizagem, contribuindo para o meu desenvolvimento profissional e pessoal como futura EESMO. Desta forma, a formação, enquanto futura EESMO, exige a aquisição de um conjunto de conhecimentos e habilidades que favoreçam o julgamento clínico e a tomada de decisão autónoma, configurados num conjunto de competências especializadas (OE, 2019a).

Baseando-me nos objetivos traçados para o projeto de investigação, foram mobilizadas e adquiridas competências de investigação; de análise, reflexão e pensamento crítico; competências de conhecimento técnico-científico; competências de autonomia e tomada de decisão; e competências de comunicação, éticas e deontológicas.

A exigência de respostas baseadas na evidência científica por parte dos clientes, torna-se um desafio para qualquer profissional de saúde, exigindo a formação contínua, e consequente aquisição de competências de investigação, ou seja, estabelece os processos de tomada de decisão e as intervenções em padrões de conhecimento (científico, ético, estético, pessoal e de contexto sociopolítico) válidos, atuais e pertinentes, facilitando os processos de aprendizagem e assumindo-se como agente ativo no campo da investigação, constituindo esta uma premissa das competências comuns do enfermeiro especialista (OE, 2019b).

Debruçando-me sobre a temática em estudo neste relatório, procurei responder aos objetivos do estudo, munindo-me de ferramentas para melhor prestação de cuidados, nomeadamente na área da educação em saúde, bem como na transmissão destes conhecimentos apreendidos à restante equipa de enfermagem nos diferentes campos de estágio. Pude aprofundar e consolidar competências no âmbito da investigação em enfermagem, relacionadas com a justificação da problemática a abordar, a definição e aplicação dos instrumentos de colheita de dados, a seleção da amostra, o tratamento e análise dos dados, bem como a sua discussão e a apresentação pública acerca das conclusões obtidas e competências adquiridas.

No que concerne ao desenvolvimento de competências técnico-científicas, este foi possível através da mobilização de conhecimentos teóricos, quer lecionados durante o mestrado, quer adquiridos com base na revisão da literatura e pesquisa científica. Desta forma, este projeto oferece suporte à prática profissional do EESMO, através da transmissão dos conhecimentos adquiridos. Neste sentido, os EESMO, com o objetivo de reforçarem as suas competências, devem fomentar a formação contínua, para que possam responder às solicitações da mulher/família, assegurando o seu bem-estar (OE, 2019a). Assim, com este relatório pude capacitar os EESMO para uma prática clínica na área da proteção perineal, bem como transmitir o conhecimento obtido, fundamentando a sua prática numa base científica e atualizada, de forma a oferecer ferramentas às mulheres/ casais, aquando das ações de educação em saúde, para uma vivência da sexualidade positiva e saudável.

De facto, refletir sobre a ação é um processo importante, que permite esquematizar a aquisição de conhecimentos e auxiliar a integração da teoria com a prática. Assim, o pensamento crítico sobre as atividades desenvolvidas tornou-se uma constante ao longo do estágio e na elaboração deste relatório, o que sem dúvida permitiu um crescimento pessoal e profissional, favorecendo o desenvolvimento de aptidões de avaliação crítica perante a prática de cuidados. Ao longo do estágio foi possível, diariamente, discutir e refletir com os EESMO Orientadores sobre o trabalho realizado e mensalmente com a Professora Orientadora, atitude quanto a mim

muito positiva, transmitindo-me confiança nos cuidados desenvolvidos, e por outro lado possibilitando uma avaliação dos cuidados por mim prestados e um reajuste na minha atuação.

As competências de comunicação, embora já subjacentes na minha prática, foram grandemente valorizadas durante este percurso acadêmico, não só pela partilha de experiências e conhecimentos com os EESMO orientadores, Professora Orientadora, equipa multidisciplinar e clientes, como pela consecução de uma atitude terapêutica positiva baseada na segurança, confiança e respeito pela decisão e privacidade da mulher.

Para a aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de competências técnicas, científicas e relacionais, de forma a prestar cuidados especializados e culturalmente sensíveis à mulher e família, com base na multiculturalidade presente na população da área de influência do CHBM, EPE. A Ordem dos Enfermeiros (2001), relata que, o exercício profissional da enfermagem, centra-se na relação interpessoal entre um enfermeiro e uma pessoa ou entre um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidades). Quer a pessoa enfermeiro, quer as pessoas clientes dos cuidados de enfermagem, possuem quadros de valores, crenças e desejos de natureza individual fruto das diferentes condições ambientais em que vivem e se desenvolvem. Assim, no âmbito do exercício profissional, o enfermeiro distingue-se pela formação e experiência que lhe permite compreender e respeitar os outros numa perspetiva multicultural, num quadro onde procura abster-se de juízos de valor relativamente à pessoa cliente dos cuidados de enfermagem (OE, 2001).

Neste sentido, começo por referir que sempre tive estes valores pessoais do respeito e dignidade pelas crenças e valores dos demais. Portanto, na minha prática é algo que eu dou especial atenção, visto serem, muitas vezes, grupos vulneráveis do ponto de vista social. Após iniciar o mestrado, e especializando-me em todos os aspetos que envolvem a maternidade e parentalidade, sendo este um período de transição transversal e vivenciado de diferentes formas nas diversas culturas, inclusive dentro da mesma cultura, o meu olhar tornou-se ainda mais profundo, pois consigo perceber as diferentes representações e por conseguinte apoiar a mulher e família na tomada de decisão, empoderando grupos vulneráveis, pelos seus costumes, crenças e pelas barreiras da linguagem. Sendo o parto e puerpério um período em que o enfermeiro colabora grandemente com a mulher e família, em que a sua base é a capacitação da mulher para o autocuidado e cuidados ao RN, é de extrema importância procurarmos adequar os conhecimentos especializados que temos e as nossas competências, com os aspetos culturais das diferentes pessoas, só assim conseguiremos prestar cuidados individualizados e culturalmente sensíveis.

Relativamente às competências de tomada de decisão, responsabilidade profissional, deontológica, ética e legal, senti uma forte evolução pois o conhecimento fundamentado e a experiência adquirida permitiram-me ter mais autonomia, responsabilidade, segurança e qualidade nos cuidados prestados, respeitando a intimidade e os direitos humanos. Possibilitou o estabelecimento de prioridades, a implementação de um plano de cuidados autónomo, com intervenções eficazes e individualizadas para a resolução de problemas e posterior avaliação das mesmas, enquanto prática especializada à mulher/ família.

Todas as atividades desenvolvidas durante o estágio foram baseadas no Regulamento das Competências Específicas do EESMO e no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, enfatizando os princípios éticos e deontológicos da Enfermagem., conforme descrito anteriormente, no capítulo quatro deste relatório.

Senti necessidade de aprofundar conhecimentos teóricos durante todo o estágio, associados aos saberes práticos e esclarecimentos por parte da enfermeira orientadora, seguindo a premissa da Competência 1 da ICM (2019) no que diz respeito aos comportamentos profissionais em que o EESMO atualiza os seus conhecimentos de forma a manter a sua prática atualizada. A formação em enfermagem integra e mobiliza os vários conhecimentos adquiridos em contexto académico e em prática clínica. Neste sentido, o saber prático e o saber-fazer implicam prática e experiência, que podemos obter através dos estágios, mas principalmente no contexto de trabalho diário refletindo sobre os problemas com os quais o indivíduo é confrontado diariamente (Pereira et al., 2007).

Nestas situações, além dos cuidados técnico-científicos, é primordial a educação para a saúde, também referida como competência essencial do EESMO pela ICM (2019) quando refere usar técnicas de aconselhamento e educação para a saúde de forma apropriada. A educação para a saúde pressupõe o capacitar das pessoas, promovendo a consciência crítica, tornando as pessoas conscientes de fatores que possam prejudicar a saúde (Carvalho, 2006).

Na área da obstetrícia esta questão, tem um papel ainda mais importante, já que as alterações no papel social e familiar vão implicar necessidades e responsabilidades acrescidas, sendo vital reforçar as competências da família, sempre com a finalidade de um desenvolvimento fetal e infantil saudáveis. Procurei aproveitar todas as oportunidades para informar, instruir e capacitar a grávida/ puérpera/ família, de forma a promover o desenvolvimento de competências na transição para a parentalidade.

## 5.2. PROCESSO DE MOBILIZAÇÃO E AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE INVESTIGAÇÃO

Relativamente às competências adquiridas na área que me propus investigar, área da sexualidade, nomeadamente da influência da episiotomia na sexualidade após o parto, esta foi aprofundada, de modo a desenvolver competências especializadas nesta área da Obstetrícia, utilizando a metodologia de investigação, refletindo sobre a evidência científica e transpondo-a para a minha prática. Os EESMO têm uma responsabilidade acrescida de melhorar os procedimentos, de forma a proporcionar cuidados especializados e de excelência, utilizando a revisão sistemática da literatura com o intuito de dar um maior contributo à prática, baseando-nos na reflexão e evidência científica.

Realizando uma apreciação crítica dos resultados, de uma forma geral, os resultados demonstrados no estudo revelaram que ao final do primeiro ano de pós-parto, a presença ou ausência de episiotomia/episiorrafia não interfere na função sexual feminina e respetiva sexualidade. Estes resultados parecem corroborar estudos previamente realizados sobre o funcionamento sexual após o parto, que não demonstraram diferenças relevantes nos scores da função sexual às seis semanas de pós-parto e especificamente a cesariana não foi associada a um efeito protetor sobre a função sexual (Lurie et al., 2013), pelo que podemos associar ao facto de no nosso estudo apresentarmos maiores scores de função sexual no grupo de mulheres com episiotomia, visto nesta amostra não estarem incluídas mulheres submetidas a cesariana. Igualmente, no presente estudo, incluiu-se no grupo de mulheres sem episiotomia, mulheres com períneo intacto e mulheres com lacerações, não havendo distinção entre as mesmas, podendo haver repercussões nas respostas ao questionário. Um estudo realizado por Kahramanoglu, et al. (2017), sobre o impacto do tipo de parto na função sexual feminina, aponta que nenhum dos scores dos domínios FSFI diferiram após o sexto mês de pós-parto nos diferentes tipos de parto, revelando que a cesariana não demonstra resultados na preservação da função sexual normal, relativamente ao parto vaginal com recurso a episiotomia, evidenciado também neste estudo.

Os mesmos autores compararam o grupo das cesarianas e o grupo dos partos vaginais com episiotomia, obtendo maiores níveis de dor no segundo grupo (Kahramanoglu et al., 2017), tal como no presente estudo. Relativamente à dispareunia, este estudo não apresenta diferenças significativas entre os grupos de mulheres, embora em média a dor seja mais elevada no grupo de mulheres com episiotomia, comprovando o estudo de Boran et al. (2013), no qual realçam que a episiotomia pode causar dispareunia, afetando negativamente a vida sexual das mulheres,

uma vez que as mulheres com episiotomia apresentaram uma intensidade significativamente maior de dor durante a relação sexual (Leal et al., 2013). Conclui-se assim, que parece haver uma relação linear entre o grau de laceração perineal e a dispareunia pós-parto (Gün, Dogan & Özdamar, 2016).

Uma investigação levada a cabo por Kramná e Vrublová (2016) sobre o efeito da episiotomia na função sexual feminina mostra scores mais baixos dos domínios da excitação e orgasmo nas mulheres com lacerações de grau II em comparação a mulheres com lacerações de grau I e mulheres submetidas a episiotomia, o que vai de encontro ao presente estudo que demonstra médias mais baixas nos diferentes domínios no grupo de mulheres sem episiotomia, exceto no score do desejo que é superior em mulheres sem episiotomia, bem como a dor é inferior no mesmo grupo.

Um outro estudo, relata o efeito dos diferentes graus de laceração perineal ocorridos no parto sobre a função sexual, no qual se comparou mulheres com lacerações de grau III e IV com mulheres com episiotomia e lacerações de grau I e II, apontou que a média total dos scores FSFI foram diferentes em ambos os grupos aos seis e 12 meses de pós-parto, sendo mais baixa no primeiro grupo (Ahmed et al., 2016). Através desta evidência, arriscaremos inferir pelos resultados do nosso estudo, que as lacerações podem interferir nas médias das mulheres sem episiotomia, uma vez que não tem em conta o tipo de laceração e verificando-se que neste grupo os domínios FSFI são mais baixos quando comparados ao grupo de mulheres com episiotomia. Estes autores realçam o efeito negativo das lacerações de alto grau sobre a função sexual feminina.

Verifica-se que os dados desta investigação apresenta uma média mais elevadas no domínio do desejo na amostra sem episiotomia e maior média de dor na população com episiotomia, que podem ser justificados não só pela experiência obstétrica das mulheres durante o parto, que inclui a tipologia do parto e o trauma perineal, mas também pelas mudanças na saúde mental, pelas questões de relacionamento afetivo, mudanças físicas como as alterações da imagem corporal e o conflito de papéis, onde estão inseridos a incompatibilidade de papéis, amamentação e privação do sono (Khajehel & Doherty, 2018). Estas questões supracitadas podem interferir grandemente com o desejo sexual e dispareunia, mais especificamente a amamentação pois parece ter influência na probabilidade de aumentar a dispareunia (Juárez et al., 2018), e, por conseguinte, influenciar os dados FSFI, originando resultados estatisticamente não significativos sobre as variáveis do presente estudo.

Em jeito de conclusão sobre a reflexão dos resultados, ainda permanece incerta a influência da episiotomia na sexualidade após o parto, bem como a sua relação na disfunção sexual a longo prazo (Gün, Dogan & Özdamar, 2016). A evidência deste estudo, permite-me, na prática enquanto enfermeira na área de obstetrícia e futura EESMO, tranquilizar as mulheres/casais relativamente à sexualidade após o parto, no que concerne especificamente ao procedimento cirúrgico da episiotomia, constituindo uma mais valia possuir estas ferramentas para elaborar educação em saúde com qualidade e segurança para os clientes.



## 6. CONCLUSÃO

Este percurso acadêmico e profissional foi pautado por uma evolução do meu desempenho como futura EESMO. Este desenvolvimento de competências teve como base a aprendizagem e a reflexão. O investimento na reflexão sobre a prática é uma das melhores formas de dar visibilidade à enfermagem e relevo às competências do enfermeiro. O trabalho de investigação em enfermagem e a divulgação dos resultados obtidos, leva ao desenvolvimento da profissão e à importância da prática baseada na evidência. A elaboração deste relatório foi uma experiência extremamente gratificante na medida em que me permitiu refletir sobre todo o meu percurso e desempenho para a aquisição de competências como futura EESMO.

A unidade curricular Estágio de Natureza Profissional com Relatório proporcionou o desenvolvimento de competências no cuidar em enfermagem especializada em saúde materna e obstétrica a grávidas com patologia, parturientes, puérperas, recém-nascidos, mulheres em processo de abortamento e mulheres com patologia ginecológica. Tive oportunidade de experienciar momentos muito compensadoras e algumas menos gratificantes, mas aprendi com todos, e estes mereceram a minha reflexão à luz da evidência científica, de forma a promover o desenvolvimento das minhas competências profissionais.

Esta unidade curricular possibilitou o desenvolvimento da capacidade de articulação e reflexão sobre as experiências da prática na prestação de cuidados, aperfeiçoando-me enquanto pessoa e profissional, tornando-me mais competente para a prestação de cuidados de enfermagem mais complexos e especializados.

Considero que os objetivos a que me propus no início deste percurso foram atingidos com sucesso, verificando uma evolução gradual, tão importante por exercer funções no Serviço de Obstetrícia, onde devo aplicar na prática os conhecimentos adquiridos e o desenvolvimento constante de competências no cuidar especializado em saúde materna e obstétrica. Assim, o percurso de aprendizagem é pois, longo, exigente e não terminará certamente com o término do mestrado, pois os EESMO estão autorizados e legitimados a exercerem a sua atividade de forma autónoma (OE, 2015) sendo necessário que estes profissionais estejam seguros na sua área de atuação com capacidade de se firmar junto de outros profissionais de saúde e da comunidade em geral.

Este percurso de aprendizagem permitiu-me também desenvolver um outro grupo de domínios que se pressupõem do EESMO, ou seja, as competências comuns do enfermeiro especialista, pois conduziu ao desenvolvimento de competências que envolvem dimensões como a educação dos clientes e dos pares, a orientação, o aconselhamento e a liderança, capacitando-me também para a investigação, que certamente vai contribuir para melhorar a minha prática de cuidados e consequentemente a prática da enfermagem no meu contexto profissional, principalmente no que concerne à formação contínua.

Foi desenvolvido um estudo sobre a influência da episiotomia na sexualidade da mulher após o parto, baseado na metodologia de investigação, o que constituiu uma experiência muito enriquecedora para pôr em prática cuidados na área da integridade perineal e sexualidade à luz da evidência científica, transmitindo esta informação à restante equipa de Obstetrícia e mulheres a quem prestei cuidados.

Este trabalho não se prende em encontrar soluções para uma problemática tão complexa e ainda tão presente, mas antes contribuir para o reconhecimento da importância da mesma. A investigação exploratória e descritiva-correlacional, enquanto atividade estratégica desta pesquisa, constituiu um verdadeiro desafio, marcado por algumas dificuldades relacionadas com o tratamento estatístico dos dados. Os resultados deste estudo vêm desmistificar a interferência da episiotomia no funcionamento sexual feminino, não se verificando diferenças significativas entre as mulheres com e sem episiotomia nos diferentes domínios da escala de função sexual feminina. Mesmo em relação à dispareunia, enunciada em diversos estudos prévios, observa-se que, ao longo do primeiro ano de pós-parto, não existem diferenças entre períneo com episiotomia/episiotomia e períneo intacto.

Apesar das conclusões observadas neste estudo, não se pode deixar de referir as limitações do mesmo, nomeadamente no que diz respeito à dimensão da amostra, ao facto de ser um estudo retrospectivo com perceções vivenciadas nos últimos cinco anos relativamente ao primeiro ano após o parto, à tipologia de parto e ao facto de não se ter enunciado na resposta ‘laceração’ os diferentes graus, o que pode interferir nas respostas sobre os domínios da função sexual feminina. Outro ponto importante ainda dentro da limitação temporal trata-se do facto do instrumento ser aplicado durante a primeira semana após o último/presente parto, podendo igualmente influenciar os resultados, através do reporte feito pelas mulheres relativamente ao que sentem ou percebem no momento da realização do questionário.

Ressalto ainda que o período de transição para a parentalidade envolve muitas alterações físicas, psicológicas, emocionais e sociais, não isoladas neste estudo, podendo influenciar

negativa e positivamente na sexualidade feminina, como apresentado em alguns estudos em que enumeram a interferência da amamentação e consecução do papel maternal como influenciadores da função sexual.

O facto do tipo de amostragem ser de conveniência, condiciona a representatividade da mesma, o que impossibilita a generalização dos resultados para esta população. Este estudo contribuiu para fornecer informação sobre a sexualidade feminina após o parto, uma vez que após um ano deste acontecimento tão importante na vida da mulher e casal, observa-se que independentemente do tipo de parto e na presença ou não de episiotomia, não se observam diferenças estatisticamente significativas na função sexual feminina. Esta informação, bem como os resultados da revisão da literatura (Apêndice B), poderão ser disponibilizadas à grávida/puérpera/família em contexto de cuidados de saúde primários, em contexto de bloco de partos e durante o internamento em puerpério.

Como recomendações/sugestões para futuras pesquisas, seria importante replicar o presente estudo para uma amostra de maiores dimensões, no espaço temporal com menos de três meses de pós-parto, tal como sugerido pelo autor da Escala FSFI, podendo aplicar posteriormente o estudo com a mesma amostra, após um ano de pós-parto, comparando e inferindo se a longo prazo a sexualidade da mulher/ casal é ou não afetada pela presença de episiotomia/ episiorrafia.

Embora os resultados obtidos no estudo apontem que ao final do primeiro ano após o parto, a episiotomia não apresenta influência na função sexual feminina, a revisão da literatura demonstra uma premente necessidade de serem implementadas práticas mais eficazes, baseadas em evidências científicas, tendo em vista a redução do traumatismo perineal durante o parto e, consequentemente, a promoção da saúde e do bem-estar das mulheres/ casais, bem como a realização de mais estudos nesta área, procurando dados mais objetivos sobre as repercussões deste procedimento a curto e a longo prazo.

Talvez, seja igualmente importante investigar a interferência da amamentação na função sexual feminina, visto diversos estudos indicarem esta ligação, no sentido, de educar em saúde os casais sobre a vivência da sexualidade após o parto de forma mais plena e prazerosa.

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ahmed, W., Kishk, E., Farhan, R., & Khamees, R. (2016) Female sexual function following different degrees of perineal tears. *International Urogynecology Journal*. 28, 917-921. Disponível em:  
<https://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=8d0a7908-7023-4666-aa7f-f3f932181bc8%40pdc-v-sessmgr02>
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2009). Intrapartum Fetal Heart Rate Monitoring: Nomenclature, Interpretation, and General Management Principles. *ACOG Practice Bulletin*. 106, 1-11. Disponível em:  
[http://obgyn.med.sc.edu/documents/antepartum\\_fetal\\_2.pdf](http://obgyn.med.sc.edu/documents/antepartum_fetal_2.pdf)
- American Psychological Association. (2012). *Regras essenciais de estilo da APA/American Psychological Association*. (6ª ed). Porto Alegre: Penso Editora, Lda.
- Andersson, O., Hellström-Westas, L., & Domellöf, M. (2011). Effect of delayed versus early umbilical cord clamping on neonatal outcomes and iron status at 4 months: a randomised controlled trial. *BMJ*. 343, 1756-1833. Disponível em:  
<https://www.bmj.com/content/bmj/343/bmj.d7157.full.pdf>
- Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras. (2009). *Iniciativa Parto Normal. Documento de consenso*. Loures: Lusociência.
- Barros, S. (2006). *Enfermagem no ciclo gravídico-puerperal*. Brasil: Editora Manole.
- Base de Dados de Portugal Contemporâneo (Pordata) (s.d.). Cesarianas nos hospitais (%) em Portugal. Disponível em:  
[http://www.pordata.pt/Portugal/Cesarianas+nos+hospitais+\(percentagem\)-1985](http://www.pordata.pt/Portugal/Cesarianas+nos+hospitais+(percentagem)-1985).
- Base de Dados de Portugal Contemporâneo (Pordata) (s.d.). População estrangeira que adquiriu nacionalidade portuguesa por nacionalidades. Disponível em:  
<https://www.pordata.pt/Portugal/Popula%C3%A7%C3%A3o+estrangeira+que+adquiriu+nacionalidade+portuguesa+total+e+por+principais+nacionalidades+anteriores-3249>
- Berg, J. & Pace, D. (2010). Health promotion/ risk reduction and disease prevention in women's health. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. 22(2), 55-59. Disponível em:  
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1745-7599.2009.00480.x>

- Boran, S., Cengiz, H., Erman, O., & Erkaya, S. (2013). Episiotomy and the development of postpartum dyspareunia and anal incontinence in nulliparous females. *Eurasian Journal of Medicine*. 45, 176-180. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=13&sid=a4ac8d6b-b28d-4bab-8ca7-bc732d200640%40sessionmgr4008>
- Carvalho, A. (2006) - *Educação para a saúde: conceitos, práticas e necessidades de formação*. Loures: Lusociência.
- CHBM, EPE (2012a). *Guia de Integração para Enfermeiros. Barreiro/Montijo: Direção de Enfermagem*. Barreiro/Montijo.
- CHBM, EPE (2012b). *Proteção. Promoção e Apoio ao Aleitamento Materno. Barreiro/Montijo: Comissão de Aleitamento Materno*. Barreiro/Montijo.
- Costa, J. (2004). Métodos de prestação de cuidados. *Revista Millenium*. 30, 234-251. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.19/560>.
- Dias, P., Machado, R., & Ferreira, A. (2015). *Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo 2014*. Oeiras: Serviço de Estrangeiros e Fronteiras. Disponível em: [http://sefstat.sef.pt/Docs/Rifa\\_2014.pdf](http://sefstat.sef.pt/Docs/Rifa_2014.pdf).
- Direção Geral da Saúde. (2015). *Orientação número: 001/2015. Trabalho de parto estacionário*. Disponível em: [https://www.google.pt/search?q=dgs+2015+trabalho+de+parto+estacionario&ie=utf-8&oe=utf-8&gws\\_rd=cr&ei=wmZqV-y2Ksu0eryTm\\_gP](https://www.google.pt/search?q=dgs+2015+trabalho+de+parto+estacionario&ie=utf-8&oe=utf-8&gws_rd=cr&ei=wmZqV-y2Ksu0eryTm_gP)
- Direção Geral da Saúde. (2015a). *Orientação número: 002/2015. Indução do trabalho de parto*. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da...e.../orientacao-n-0022015-de-19012015-pdf.aspx>
- Fortin, M. (2000). *O processo de investigação*. Loures: Lusociência.
- Fortin, M., Côté, J., & Fillion, F. (2009). *Fundamentos e etapas no processo de investigação*. Loures: Lusociência.
- Gil, A. C. (2008). *Como Elaborar Projetos de Pesquisa*. (4ª ed). São Paulo: Atlas.
- Gomes, A., Pontes, D., Pereira C., & Moura, A. (2014). Assistência de enfermagem obstétrica na humanização do parto normal. *Revista Científica de Enfermagem*. 4 (11), 23-27. Disponível em: <https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/73/137>
- Graça, L. (2010). *Medicina Materno Fetal*. (4ªed). Lisboa: Lidel.
- Gün, I., Dogan, B., Özdamar, Ö. (2016). Long- and short-term complications of episiotomy. *Turkish Journal of Obstetrics and Gynecology*. 13, 144-148. Disponível em:

<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=15&sid=a4ac8d6b-b28d-4bab-8ca7-bc732d200640%40sessionmgr4008>

Instituto Nacional de Estatística. (2012). *Censos 2011: Resultados Definitivos – Portugal*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I. P. Disponível em: [https://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=censos2011\\_apresentacao](https://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=censos2011_apresentacao)

International Confederation of Midwives. (2019). *Essencial competencies for midwifery practice*. Disponível em: [https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/02/icm-competencies\\_english\\_final\\_jan-2019-update\\_final-web\\_v1.0.pdf](https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/02/icm-competencies_english_final_jan-2019-update_final-web_v1.0.pdf)

Juárez J., Ayuso, D., Pereda, B., Forjaz, M., Barrecheguren, C., Díaz, S. ... Mestre, R. (2018). Resumption of intercourse, self-reported decline in sexual intercourse and dyspareunia in women by mode of birth: A prospective follow-up study. *Wiley Online Library*. 74, 637-650. Disponível em:

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jan.13468>

Kahramanoglu, I., Baktiroglu, M., Hamzaoglu, K., Kahramanoglu, O., Verit, F., Yucel, & O. (2017). The impact of mode of delivery on the sexual function of primiparous women: a prospective study. *Archives Gynecology Obstetrics*. 295, 907-916. Disponível em: <https://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&sid=e5c69f2b-2928-4466-ab6c-341709fa5af9%40sessionmgr4006>

Khajehel, M., & Doherty, M. (2018). Women's experience of their sexual function during pregnancy and after childbirth: a qualitative survey. *British Journal of Midwifery*. 26(5), 318-328. Disponível em:

<https://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=10&sid=e5c69f2b-2928-4466-ab6c-341709fa5af9%40sessionmgr4006>

Kramná, P., & Vrublová, Y. (2016). Episiotomy and women's sexual function 2-5 years after childbirth: A study from the Czech Republic. *British Journal of Midwifery*. 24(12), 870-876. Disponível em:

<https://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=11&sid=e5c69f2b-2928-4466-ab6c-341709fa5af9%40sessionmgr4006>

Leal, I., Lourenço, S., Oliveira, R.V., Carvalheira, A. & Maroco, J. (2013). The impact of childbirth on sexual functioning in women with episiotomy. *Psychology, Community & Health*. 2(3), 307-316. Disponível em:

<https://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=12&sid=e5c69f2b-2928-4466-ab6c-341709fa5af9%40sessionmgr4006>

- Lésico, A. F. G. (2014). *Episiotomia na vida da mulher. A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. (Relatório de estágio). Escola Superior de Saúde de Santarém, Portugal. Disponível em: [https://repositorio.ipsantarém.pt/bitstream/10400.15/1210/1/Episiotomia%20na%20Vida%20da%20Mulher\\_%20Ana%20Filipa%20L%C3%A9sico.pdf](https://repositorio.ipsantarém.pt/bitstream/10400.15/1210/1/Episiotomia%20na%20Vida%20da%20Mulher_%20Ana%20Filipa%20L%C3%A9sico.pdf)
- Lowdermilk, D., & Perry, S. (2007). *Enfermagem na Maternidade*. (7ª ed). Lisboa: Lusodidacta.
- Lowdermilk, D., Perry, S., & Bobak, I. (2002). *O cuidado em Enfermagem Materna*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Lurie, S., Aizanberg, M., Sulema, V., Boaz, M., Kovo, M., Golan, A., & Sadan, O. (2013) Sexual function after childbirth by the mode of delivery: a prospective study. *Archives Gynecology Obstetrics*. 288, 785-792. Disponível em: <https://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=13&sid=e5c69f2b-2928-4466-ab6c-341709fa5af9%40sessionmgr4006>
- Marôco, J. (2014). *Análise Estatística com o SPSS Statistics*. (6ª ed). Pêro Pinheiro: ReportNumber.
- McDonald, E., & Brown, S. (2013). Does method of birth make a difference to when women resume sex after childbirth? *BJOG: An International Journal of obstetrics and Gynaecology*. 120, 823-830. Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/1471-0528.12166>
- Oliveira, A., Lopes, C., Melo, M., & Jeneral, R. (2014). Sentimentos vivenciados pelas mulheres no retorno à vida sexual após o parto. *Revista Faculdade Ciências Médicas Sorocaba*. 16(4), 174-177.  
Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/RFCMS/article/viewFile/17651/pdf>
- Oliveira, S. & Miquilini, E. (2005). Frequência e critérios para indicar a episiotomia. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 39 (3), 288-295. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n3/06.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos*. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Projeto Maternidade com Qualidade*. Disponível em [www.ordemenfermeiros.pt](http://www.ordemenfermeiros.pt)
- Ordem dos Enfermeiros. (2019a). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica*. Lisboa.

- Ordem dos Enfermeiros. (2019b). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa.
- Pechorro, P., Diniz, A., Almeida, S., & Vieira, R. (2009). Validação Portuguesa do Índice de Funcionamento Sexual Feminino (FSFI). *I.S.P.A.: Laboratório de Psicologia*. 7(1), 33-44. Disponível em:  
[https://www.researchgate.net/publication/274468711\\_Validacao\\_portuguesa\\_do\\_indice\\_de\\_Funcionamento\\_Sexual\\_Feminino\\_FSFI\\_Portuguese\\_validation\\_of\\_the\\_Female\\_Sexual\\_Function\\_Index\\_FSFI](https://www.researchgate.net/publication/274468711_Validacao_portuguesa_do_indice_de_Funcionamento_Sexual_Feminino_FSFI_Portuguese_validation_of_the_Female_Sexual_Function_Index_FSFI)
- Pereira, M. (2007) - *Aprender Orientando: Aprendizagens dos Enfermeiros Orientadores em Ensino Clínico*. (Tese de Mestrado em Ciências de Educação). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Pestana, M., & Gageiro, J. (2014). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS*. (2ª ed). Lisboa: Edições Sílabo, Lda.
- Polit, D., Beck, C., & Hungler, B. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. (5ª ed). Porto Alegre: Artmed.
- Portugal (1985), Assembleia da República - *Lei nº14/85*, Diário da República, I Série, nº 153, de 6 de julho, pp. 1874 (Acompanhamento da mulher drávida durante o trabalho de parto). Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/182871>
- Portugal (2006), Ministério da Saúde- *Despacho nº 7495/2006*, Diário da República, II série, nº 67, de 4 de abril, pp5037 – 5039 (Programa Nacional de Saúde Materna e Neonatal). Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/958060>
- Portugal (2009), Assembleia da República - *Lei nº 9/2009*, Diário da República, I Série, nº 44, de 4 de março, pp1466-1530 (Transpõe para a ordem jurídica interna a Diretiva n.º 2005/36/CE, do Parlamento e do Conselho, de 7 de Setembro, relativa ao reconhecimento das qualificações profissionais, e a Diretiva n.º 2006/100/CE, do Conselho, de 20 de Novembro, que adapta determinadas diretivas no domínio da livre circulação de pessoas, em virtude da adesão da Bulgária e da Roménia). Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/604779>
- Proganti, J., Araújo, L., & Mouta, R. (2008). Repercussões da episiotomia sobre a sexualidade. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*. 12(1), 45-49. Disponível em:  
[https://www.researchgate.net/publication/266838516\\_Repercussoes\\_da\\_episiotomia\\_sobre\\_a\\_sexualidade](https://www.researchgate.net/publication/266838516_Repercussoes_da_episiotomia_sobre_a_sexualidade)



- Rosen, R., Brown, C., Heiman, J., Leiblum, S., Meston, C., Shabsigh, R., & D'Agostino, R. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex and Marital Therapy*. 26, 191-208. Disponível em:  
<https://labs.la.utexas.edu/mestonlab/files/2014/10/2000-Rosen-Brown-Heimen-et-al.pdf>
- Silva, B., Amorim, D., Nunes, E., & Latorre, G. (2017). Disfunção sexual feminina e parto normal: uma revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*. 21(4), 363-368. Disponível em:  
<https://pdfs.semanticscholar.org/7398/d3c20bb8bce1781595a3bdaa4c9fea4487d3.pdf>
- Souza, A., Alexandre, N., & Guirardello, E. (2017). Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. *Secretaria de Vigilância em Saúde: Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 26 (3), 649-659. Disponível em:  
<http://www.scielo.br/pdf/ress/v26n3/2237-9622-ress-26-03-00649.pdf>
- Tomey, A. & Alligood, M. (2002). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra*. (5ª ed). Lisboa: Lusociência.
- Universidade de Évora. (2019). *Regulamento Académico da Universidade de Évora*. Disponível em: <https://gdoc.uevora.pt/400756>
- Vilelas, J. (2009). *Investigação – O Processo de Construção do Conhecimento*. Lisboa: Edições Sílabo, Lda.
- World Health Organization. (1996). *Care on normal Birth: practical guide*. Genebra: WHO. Disponível em:  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63167/1/WHO\\_FRH\\_MSM\\_96.24.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63167/1/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf)
- World Health Organization. (2017). *Sexual health*. Genebra: WHO. Disponível em [https://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual\\_health/en/](https://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/en/)
- World Health Organization. (2019). *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*. Genebra: WHO. Disponível em:  
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf;jsessionid=B20FF0635300EFB06541D88B8C888995?sequence=1>

## **APÊNDICES**

## Apêndice A: Experiências decorrentes do Estágio de Natureza Profissional



DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia  
Estágio \_\_\_\_ Ano \_\_\_\_ Semestre \_\_\_\_  
Ano Lectivo 20\_\_ /20\_\_

Nome do Aluno Rita Alexandra dos Santos J. Rosado Nº 41969

1 - Vigilância e prestação de cuidados à grávida • Exames pré-natais (100)	433
2 - Vigilância e prestação de cuidados à parturiente	
• Partos eutócicos (40) -----	32
• Participação activa em partos pélvicos -----	3
• Participação activa em partos gemelares -----	7
• Participação activa noutros partos -----	36
• Episiotomia -----	14
• Episiorrafia / perineorrafia -----	26
3 - Vigilância e prestação de cuidados a mulheres em situação de risco (40)	
• Gravidez -----	173
• Trabalho de parto -----	11
• Puerpério -----	25
4 - Vigilância e prestação de cuidados a puérperas saudáveis (100)	212
5 - Vigilância e prestação de cuidados a RN saudáveis (100)	227
6 - Vigilância e prestação de cuidados a RN de risco	13
7 - Vigilância e prestação de cuidados a mulheres com afecções ginecológicas.	60

Rubrica Professor

M. O. Gonçalves

## **Apêndice B: Revisão da Literatura**

### **Influência da episiotomia na sexualidade após o parto Revisão de literatura**

### **Influence of episiotomy on postpartum sexuality Literature review**

Rita Rosado - Mestranda de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Maria Otília Zangão - Professora Doutora da Universidade de Évora

## RESUMO

**Objetivo:** Determinar em que medida a episiotomia influencia algumas variáveis da resposta sexual feminina após o parto.

**Métodos:** Este artigo consiste numa revisão da literatura. Como pergunta de partida, defini: “Qual a influência da episiotomia na sexualidade após o parto?”. As bases de dados utilizadas para levantamento de dados foram a EBSCO e a biblioteca de conhecimento online B-On. Dos artigos encontrados foram selecionados 10 para análise.

**Resultados:** A episiotomia é frequentemente associada à dispareunia, porém não há evidências concretas para esta questão. Os estudos disponíveis na literatura revelam que a episiotomia não diminui as taxas de incontinência urinária, dor perineal e disfunção sexual e que a episiotomia de rotina não previne o dano do pavimento pélvico. É recomendada a realização de episiotomia medio lateral de forma restritiva, ao invés de rotineira. De acordo com o número limitado de estudos sobre a função sexual, parece haver uma relação linear entre o grau de laceração perineal e a dispareunia pós-parto.

**Conclusões:** Permanece incerto se a episiotomia tem algum impacto no relaxamento do pavimento pélvico, no prolapso dos órgãos pélvicos e na disfunção sexual feminina a longo prazo. A função sexual feminina parece ser afetada por outros fatores e não apenas pelo tipo de parto. Serão necessárias a realização de mais pesquisas no sentido de apurar a influência da episiotomia na sexualidade feminina curto e longo prazo.

**Descritores (MeSH):** Episiotomia; Sexualidade; Dispareunia; Comportamento sexual.

## ABSTRACT

**Objective:** Understand whether the episiotomy has an impact in the postpartum feminine sexuality.

**Methods:** This article is a literature review. As a starting question i defined “ What is the influence of episiotomy on postpartum sexuality?”. The databases used for data collection were EBSCO and the B-On online Knowledge library. Of the articles found, 11 were selected for analyses.

**Results:** Episiotomy is often associated with dyspareunia, but there is no concrete evidence for this. Studies available in the literature reveal that episiotomy does not decrease rates of urinary incontinence, perineal pain, and sexual dysfunction, and that routine episiotomy does not prevent pelvic floor damage. It is recommended to perform mediolateral episiotomy restrictively, rather than routinely. According to the limited number of studies on sexual function, there appears to be a linear relationship between the degree of perineal laceration and postpartum dyspareunia.

**Conclusions:** It remains uncertain whether episiotomy has any impact on pelvic floor relaxation, pelvic organ prolapse, and long-term female sexual dysfunction. Female sexual function seems to be affected by other factors and not just by the type of delivery. More research will be needed to determine the influence of episiotomy on short and long term female sexuality.

**Descriptors (MeSH):** Episiotomy; Sexuality; Dyspareunia; Sexual behavior.

## INTRODUÇÃO

A sexualidade “é uma energia que nos motiva a procurar amor, contacto, ternura e intimidade, que se integra no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados, é ser-se sensual e ao mesmo tempo sexual; ela influencia pensamentos, sentimentos, ações e interações e, por isso, influencia também a nossa saúde física e mental”<sup>(1)</sup>.

Desta forma podemos encarar a sexualidade como uma parte integrante do ser humano, ao longo do seu ciclo vital. É amplamente conhecido que a gravidez, parto, puerpério e o período que se segue têm impacto significativo na vida da mulher na sua vertente física, psicológica e social. Sendo a sexualidade, por vezes, alterada nesta transição para a parentalidade, torna-se relevante tentar perceber os motivos que comprometem a mesma.

A mulher sofre modificações físicas após o parto, e por conseguinte, alterações na sua imagem corporal e autoconceito podendo afetar a sexualidade, tendo impacto na vida do casal. Muitos casais retomam a atividade sexual antes dos 45 dias após o parto, sendo que os tecidos da vagina e/ou períneo, afetados durante o trabalho de parto e parto, quer pela realização de episiotomia, quer pela presença de lacerações, necessitam de três a seis semanas para cicatrizar.<sup>(6)</sup> Assim, as recém mães podem apresentar-se relutantes em retomar a atividade sexual, por medo, dor, ou preocupação em relação à possibilidade do coito comprometer a cicatrização dos tecidos perineais.<sup>(5)</sup>

Nas últimas décadas, tem-se notado a influência do desenvolvimento científico e tecnológico na área da saúde, resultando na medicalização de alguns processos fisiológicos, tais como a gravidez e parto, visando garantir uma maior qualidade e segurança para a grávida, parturiente e recém-nascido. Assim torna-se pertinente debruçar sobre a influência da episiotomia na sexualidade da mulher, sendo esta um ato cirúrgico, muitas vezes realizado durante o parto.

A episiotomia consiste numa incisão do períneo com o objetivo de aumentar o canal de parto e evitar outros traumas perineais.<sup>(6)</sup> Contudo não existe evidência clínica de que a episiotomia diminua a frequência de lesão perineal, incontinência urinária ou futuros prolapsos vaginais.<sup>(7)</sup> Assim, torna-se essencial modificar comportamentos e capacitar os profissionais de saúde para a realização de partos sem episiotomia, abandonado assim a prática da episiotomia por rotina.<sup>(8)</sup> Também a WHO nos diz que até ao presente momento não há evidência que corrobore a necessidade de realizar episiotomia em nenhuma situação.<sup>(2)</sup> Para a ICM o EESMO deve promover um trabalho de parto e parto fisiológicos, prevenindo intervenções rotineiras desnecessárias como a episiotomia através de técnicas como liberdade de movimentos durante o trabalho de parto, mudança de posição de nascimento, avaliação das características dos

tecidos das mulheres e o treino da força na mulher para controle no período expulsivo, promovendo a integridade perineal.<sup>(3)</sup>

Sendo que o EESMO desempenha um papel fundamental no aconselhamento e esclarecimento de dúvidas e angústias resultantes de alterações da resposta sexual feminina, é premente a necessidade de estar atualizado na área da sexualidade humana e incluir esta temática na preparação da alta hospitalar e cuidados de saúde primários. Posto isto, este artigo tem como objetivo determinar a **Influência da Episiotomia na sexualidade após o parto**, procurando aprofundar conhecimentos sobre a sexualidade após o parto.

## **METODOLOGIA**

Para a revisão de literatura foi realizada pesquisa na base de dados EBSCO e na biblioteca do conhecimento online B-On. Foram utilizados os descritores episiotomy, sexuality e sexual function e o boleano AND. Tendo sido encontrados um total de 25 artigos.

Foram definidos como critérios de inclusão: 1) artigos publicados entre 2013 e 2019; 2) nos idiomas inglês; 3) estarem disponíveis na íntegra; 4) abranger como temática principal a influência da episiotomia na sexualidade.

Dos vinte e cinco artigos encontrados, foram descartados quinze por não terem como temática principal a influência da episiotomia na sexualidade. Um dos estudos refere-se a uma revisão da literatura, oito estudos de abordagem quantitativa e um estudo de abordagem qualitativa.



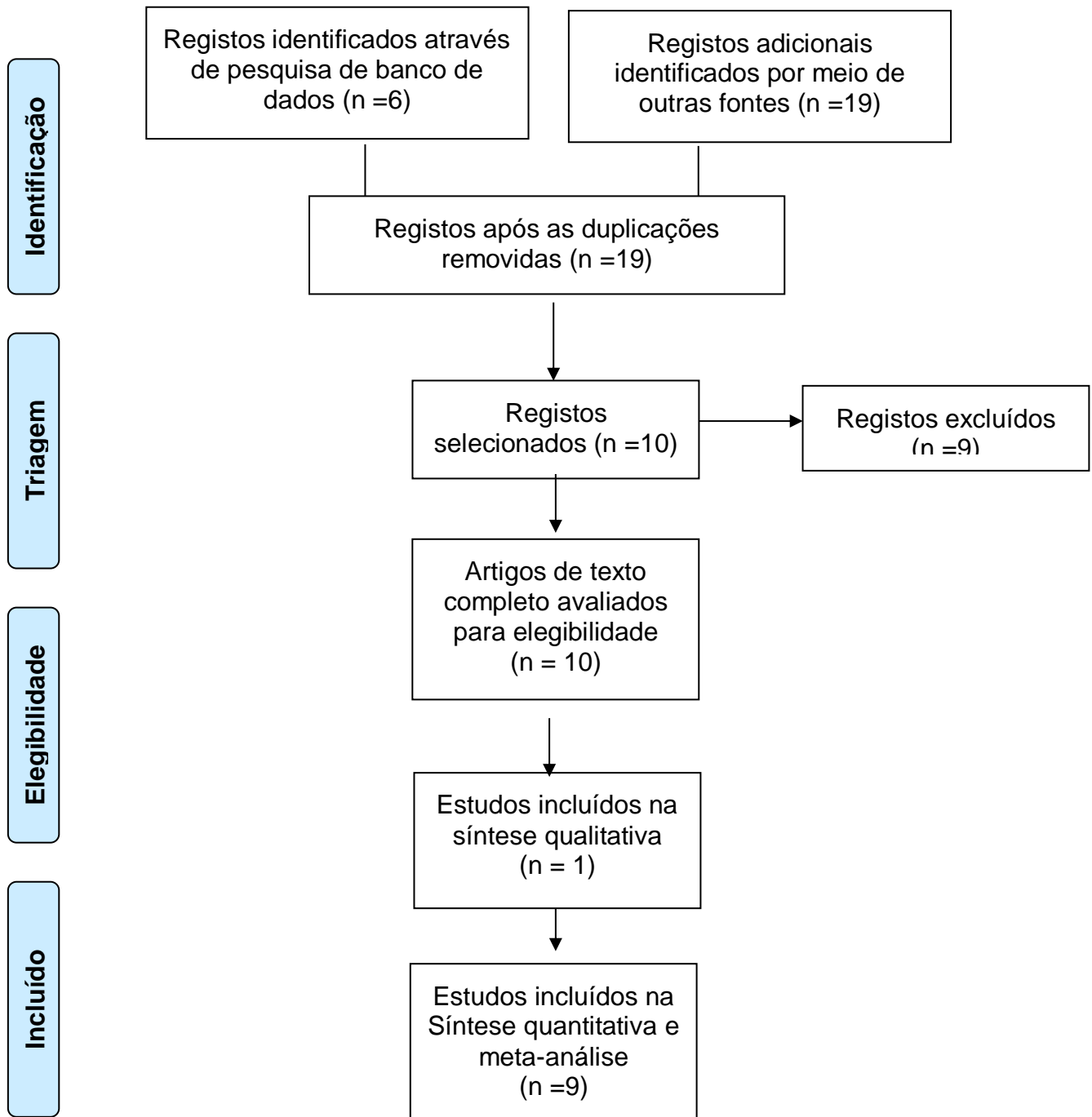


Tabela 1 - Síntese dos artigos da revisão de literatura

Artigo	Autores Ano País Palavras chave	Objetivo	Participantes	Métodos ou intervenções	Resultados
Sexual function after childbirth by the mode of delivery: a prospective study	<b>Autores:</b> Lurie, S; Aizenberg, M; Sulema, V; Boaz, M; Kovo, M; Golan, A; Sadan, O. <b>Ano:</b> 2013 <b>País:</b> Israel <b>Palavras chave:</b> Sexual function, cesarean section, instrumental delivery, vaginal delivery, episiotomy.	Avaliar o comportamento sexual longitudinalmente no período pós-parto através do tipo de parto de parto.	Foram definidos 5 grupos: mulheres de parto vaginal sem episiotomia (n=16), mulheres submetidas a episiotomia (n=14), mulheres com parto instrumentado (n= 16), mulheres submetidas a cesariana (n=19).	Estudo prospectivo de bordagem quantitativa realizado através de entrevista telefônica às 6, 12 e 24 semanas após o parto, usando o questionário FSFI.	Os diversos tipos de parto não demonstraram diferenças relevantes nos scores da função sexual às 6, 12 ou 24 semanas após o parto, bem como no reinício da atividade sexual, após o parto. Especificamente, a cesariana eletiva não foi associada a um efeito protetor sobre a função sexual após o parto. Contudo, o estudo revelou que as mulheres de parto vaginal sem episiotomia retomaram a ati-

					vidade sexual mais rapidamente que os restantes grupos de mulheres
Episiotomy and women's sexual function 2-5 years after childbirth: A study from the Czech Republic	<p><b>Autores:</b> Kramná, P; Vrublová, Y.</p> <p><b>Ano:</b> 2016</p> <p><b>País:</b> República Checa</p> <p><b>Palavras chave:</b> Episiotomy, Perineal trauma, Sexual function, Sexuality, Vaginal birth, Female Sexual Function Index.</p>	Estabelecer o efeito da episiotomia na função sexual feminina, 2-5 anos após o parto vaginal.	Numa amostra de 211 mulheres, foram comparados 4 grupos: mulheres com períneo intacto, mulheres com laceração de grau I, mulheres com laceração de grau II e mulheres com lacerações de grau III e IV.	Estudo transversal quantitativo, com recurso a questionário FSFI.	Nos domínios da excitação e orgasmo, as mulheres com lacerações de grau II mostraram scores mais baixos. Estas mulheres apresentaram um score total FSFI mais baixo em comparação àquelas com lacerações perineais de primeiro grau e mulheres submetidas a episiotomia. O grupo das primíparas não revelou diferenças significativas nos diferentes domínios e no score total

					FSFI, independentemente do tipo de trauma perineal.
The impact of childbirth on sexual functioning in women with episiotomy.	<b>Autores:</b> Leal, I; Lourenço, S; Oliveira, R V; Carvalheira, A; Maroco, J. <b>Ano:</b> 2013 <b>País:</b> Portugal <b>Palavras chave:</b> Episiotomy, sexual life, sexual function, postpartum.	Comparar o período gravídico com o período pós-parto e inferir se a presença de episiotomia interfere com a experiência sexual feminina após o parto.	Amostra não probabilística de conveniência com 108 mulheres grávidas e 93 mulheres no pós-parto.	Estudo exploratório e descritivo de abordagem quantitativa, com recurso a questionário FSFI.	Quando comparadas as mulheres grávidas com mulheres no pós-parto, as mulheres submetidas a episiotomia, apresentaram maiores níveis de satisfação sexual e menores níveis de desejo sexual, excitação e lubrificação vaginal após o parto. Em relação ao orgasmo, apresentaram scores mais elevados no período pós-parto. Diferenças significativas foram encontradas em relação aos níveis de dor, uma vez que as mulheres com episiotomia apresentaram uma intensidade

					significativamente maior de dor durante a relação sexual após o parto do que durante a gravidez.
Episiotomy and the development of postpartum dyspareunia and anal incontinence in nuliparous females.	<b>Autores:</b> Boran, S U; Cengiz, H; Erman, O; Erkaya, S <b>Ano:</b> 2013 <b>País:</b> Turquia <b>Palavras chave:</b> Anal incontinence, delivery, dyspareunia, episiotomy, perineal laceration	Avaliar o impacto da episiotomia no desenvolvimento de dispareunia e incontinência anal no pós-parto	Amostra total de 200 mulheres: mulheres de parto vaginal submetidas a episiotomia (n=100) e mulheres submetidas a cesariana (n=100).	Estudo prospectivo de abordagem quantitativa com recurso a questionário avaliando o grau e gravidade de incontinência anal e dispareunia.	Não foram detetadas diferenças significativas na gravidade da incontinência anal entre os dois grupos. Parece que a episiotomia não origina incontinência anal. No entanto, a episiotomia pode causar dispareunia, uma condição que pode afetar negativamente a vida sexual das mulheres. Portanto, o uso de episiotomia de rotina não é recomendado.
The impact of mode of delivery on the sexual function of primiparous	<b>Autores:</b> Kahramanoglu, I; Baktiroglu, M; Hamzaoglu, K;	Avaliar o impacto do tipo de parto na função sexual feminina.	Amostra com 452 nulíparas, comparando a sua função sexual antes e após o parto. As	Estudo prospectivo de abordagem quantitativa, com	Os scores de desejo, excitação, lubrificação, satisfação e dor diminuíram em 3 e 6 meses de pós-parto

women: a prospective study	<p>Kahramanoglu, O; Verit, F F; Yucel, O</p> <p><b>Ano:</b> 2017</p> <p><b>País:</b> Turquia</p> <p><b>Palavras chave:</b> Sexual function, delivery, caesarean section, episiotomy, FSFI</p>		<p>mulheres foram divididas em dois grupos: mulheres de parto vaginal submetidas a episiotomia medio- lateral e mulheres submetidas a cesariana.</p>	recurso a questionário FSFI.	<p>em ambos os grupos, face ao período pré-natal. Os scores de desejo, excitação, lubrificação, satisfação e dor diminuíram significativamente aos 3 meses pós-parto no grupo de parto vaginal. Neste grupo, os scores de desejo, excitação e dor permaneceram diminuídos ao 6º mês em comparação com os scores iniciais. O grupo das cesarianas teve scores de desejo, lubrificação, satisfação e dor significativamente menores aos 3 meses pós-parto em comparação com seus scores iniciais. Neste grupo o declínio nos domínios do</p>
-------------------------------	---	--	--	---------------------------------	--

					<p>desejo e lubrificação persistiram ao 6º mês. Nenhum dos scores dos domínios do FSFI diferiram após o 6º mês de pós-parto, quando comparado aos scores relativos ao pré-parto. Comparado com o grupo das cesarianas, o grupo dos partos vaginais com episiotomia teve menor satisfação e maiores níveis de dor aos 3 meses de pós-parto. Nenhum dos domínios do FSFI diferiram no 6º, 12º ou 24º mês entre os grupos. Este estudo revelou que a cesariana não demonstra resultados na preservação da função sexual normal, relativamente ao parto</p>
--	--	--	--	--	---

					vaginal com recurso a episiotomia.
Resumption of intercourse, self-reported decline in sexual intercourse and dyspareunia in women by mode of birth: A prospective follow-up study	<p><b>Autores:</b> Juárez J M T; Ayuso, D R; Pereda, B N; Forjaz, M J; Barrecheguren, C O; Díaz, S M; Gámez, B A; Sevilla, B A; Álvarez J J C; Lucía, C S; Mestre, R P</p> <p><b>Ano:</b> 2018</p> <p><b>País:</b> Espanha</p> <p><b>Palavras chave:</b> Breastfeeding, childbirth, cohort study, depression, epidemiology, midwifery, nursing, postpartum, sexual</p>	Avaliar a associação entre o tipo de parto e o reinício da atividade sexual, declínio autorrelatado na relação sexual e dispareunia em mulheres na sexta semana e sexto mês pós-parto	552 primíparas	Estudo prospetivo de abordagem quantitativa, com recurso a entrevista telefónica às 6 semanas e 6 meses após o parto.	Na sexta semana pós-parto, o parto assistido por fórceps, a presença de episiotomia ou lesão perineal e mulheres com um nível socioeconómico mais elevado, foram relacionados a um maior risco de atrasar o reinício do ato sexual. Mulheres a amamentar apresentaram maior probabilidade de dispareunia. No sexto mês após o parto, a probabilidade de declínio na relação sexual foi maior entre as mulheres com diagnóstico de depressão pós-parto e um número maior de mulheres que amamentaram relataram



	health, women's health				um declínio no atividade sexual e presença de dispareunia. Além disso, no sexto mês pós-parto, as mulheres que referiram o recurso a serviços de emergência por um problema de saúde tiveram maior risco de não ter retomado a relação sexual e presença dispareunia.
Does method of birth make a difference to when women resume sex after childbirth?	<b>Autores:</b> McDonald E A; Brown, S J <b>Ano:</b> 2013 <b>País:</b> Australia <b>Palavras chave:</b> Method of birth, perineal trauma, pregnancy cohort, resumption of sex	Investigar temporalmente o reinício do sexo vaginal e avaliar a associação entre o tipo de parto, trauma perineal e outros fatores obstétricos e sociais.	1507 nulíparas com menos de 24 semanas de gravidez.	Estudo prospectivo de abordagem quantitativa, com recurso a questionário aos 3, 6 e 12 meses após o parto.	A atividade sexual foi reiniciada mais cedo do que o sexo vaginal, com 53% retomando a atividade sexual às 6 semanas após o parto e 41% retomando o sexo vaginal. Às 8 semanas, 65% das mulheres tentou sexo vaginal, aumentando para 78% em 12 semanas e 94%

					<p>em 6 meses. Em comparação com mulheres que tiveram um parto vaginal espontâneo com períneo intacto, as mulheres que tiveram parto vaginal espontâneo com episiotomia ou lesão perineal suturada foram mais propensas a protelar o sexo vaginal até 6 semanas após o parto. Da mesma forma, as mulheres de parto vaginal instrumentado ou submetidas a cesariana, tiveram maior probabilidade de adiar o reinício da atividade sexual. A maioria das mulheres primíparas não retomou o sexo vaginal antes de 6 semanas após o parto. As mulheres que têm um parto</p>
--	--	--	--	--	---

					vaginal instrumentado, cesariana, laceração perineal ou episiotomia parecem demorar mais tempo.
Female sexual function following different degrees of perineal tears	<p><b>Autores:</b> Ahmed, W A S; Kishk, E A; Farhan, R I; Khamees, R E</p> <p><b>Ano:</b> 2016</p> <p><b>País:</b> Egito</p> <p><b>Palavras chave:</b> Perineal tears, episiotomy, female sexual dysfunction, FSFI</p>	Avaliar o efeito dos diferentes graus de laceração perineal, corridos no parto, na função sexual feminina.	156 mulheres, das quais 56 com lacerações perineais de grau III e IV (grupo de estudo) e 100 mulheres com episiotomia ou lacerações perineais de grau I e II (grupo de controle)	Estudo prospectivo de abordagem quantitativa com recurso a questionário FSFI aos 6 e 12 meses após o parto.	A média total dos scores FSFI foram diferentes em ambos os grupos aos 6 meses após o parto, sendo mais baixa no grupo de estudo. Aos 12 meses a função sexual manteve-se significativamente diferente, sendo mais baixa no grupo de estudo. Este grupo apresenta baixos scores nos domínios do desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e maior dor, 12 meses após o parto. As lacerações perineais de alto grau afetam negativamente a

					função sexual feminina mesmo após um ano de pós-parto.
Women's experience of their sexual function during pregnancy and after childbirth: a qualitative survey	<b>Autores:</b> Khajehei, M; Doherty, M <b>Ano:</b> 2018 <b>País:</b> Australia <b>Palavras chave:</b> Australia, Childbirth, Pregnancy, Postpartum, Qualitative, Sexual function	Explorar a experiência pessoal de mulheres Australianas, relativamente à sua função sexual durante a gravidez e após o parto.	273 mulheres	Estudo qualitativo realizado online.	Os principais temas que emergiram foram: mudanças na saúde mental; violência obstétrica (incluindo falta de suporte por parte dos cuidadores, violação de privacidade, parto instrumentado e episiotomia); questões de relacionamento afetivo (incluindo falta de apoio por parte do companheiro, falta de intimidade e violência doméstica); mudanças físicas (incluindo traumatismos decorrentes do parto e imagem corporal negativa); conflito de papéis (incluindo

					incompatibilidade de papéis, amamentação e privação do sono). Foi reportado que as mudanças na saúde mental tiveram impacto positivo e negativo na função sexual feminina. As mulheres experienciam muitas alterações na sua função sexual durante e após a gravidez. Os profissionais de saúde devem ter uma abordagem integrada de forma a melhorar a função sexual e o bem-estar das mulheres.
Long- and short-term complications of episiotomy.	<b>Autores:</b> Gün, I; Dogan, B; Özdamar, Ö <b>Ano:</b> 2016 <b>País:</b> Turquia	Realizar uma meta-análise e revisão da literatura sobre as complicações da		Revisão da literatura	Os estudos disponíveis na literatura revelaram que a episiotomia não diminui as taxas de incontinência urinária, dor perineal e

	<p><b>Palavras chave:</b> Episiotomy, urinary incontinence, anal incontinence, sexual dysfunction.</p>	<p>episiotomia a curto e longo prazo.</p>			<p>disfunção sexual e a episiotomia de rotina não previne complicações ao nível do assoalho pélvico. O recurso a episiotomia deve ser restritivo e não rotineiro. Parece haver uma relação linear entre o grau de laceração perineal e a dispareunia pós-parto. Ainda não está claro se a episiotomia tem impacto no relaxamento do pavimento pélvico, no prolapso dos órgãos pélvicos e na disfunção sexual a longo prazo.</p>
--	--	---	--	--	---

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os artigos selecionados remetem-se à temática pretendida, uns de uma forma mais direcionada para o tema em estudo, referindo o impacto que os traumas perineais podem ter na sexualidade feminina.

As consequências da episiotomia a curto prazo enumeradas por alguns autores são: lacerações perineais, hemorragia e aumento da perda sanguínea, edema no local da ferida, infecção no local da ferida, compromisso do esfíncter anal e da mucosa retal, lesão uretral, lesão da bexiga, formação de hematoma, dor e deiscência da sutura.<sup>(18)</sup>

A longo prazo a revisão da literatura remete-se para infecções crônicas, disfunção anor-retal, incontinência urinária, prolapso dos órgãos pélvicos, disfunção sexual e dor. Contudo, a informação sobre os riscos que o uso, de episiotomia poderão implicar na saúde da mulher a longo prazo, permanecem incertos, nomeadamente em termos do relaxamento do pavimento pélvico, prolapso dos órgãos pélvicos, incontinência urinária e dispareunia.<sup>(18)</sup>

Outros estudos apontam não haver evidência que a episiotomia origine incontinência anal, embora ressaltem o seu impacto na dispareunia.<sup>(12)</sup> Vários autores apontam a relação da presença de episiotomia com maior intensidade de dor durante a relação sexual.<sup>(11)</sup>

Em contrapartida, diversos autores relacionam a dispareunia e a diminuição da atividade sexual à amamentação, reduzindo a lubrificação vaginal e diminuição do desejo sexual.<sup>(14)</sup> Outros autores corroboram estes resultados referindo a relação entre a amamentação e a diminuição da lubrificação vaginal, dispareunia e diminuição da libido, devido à reação da hiperprolactinemia, originando a diminuição de estrogénio, progesterona e androgénios.<sup>(11)</sup>

Também há falta de informação relativa ao uso da episiotomia reduzir a incidência de lacerações obstétricas graves. O seu uso restritivo em detrimento do seu uso rotineiro é realçado por vários autores. No entanto, a episiotomia mantém-se recomendada em caso de sofrimento fetal, partos vaginais instrumentados e distocia de ombros.<sup>(12)</sup>

A diminuição do desejo sexual também é associada à fadiga e privação do sono decorrentes do desempenho do novo papel de mãe, demonstrado no estudo qualitativo sobre as experiências das mulheres relativamente à função sexual após o parto, em que os temas que emergiram foram: mudanças na saúde mental; violência obstétrica, que inclui a falta de suporte por parte dos cuidadores, violação de privacidade, parto instrumentado e episiotomia; questões do relacionamento, incluindo falta de apoio por parte do companheiro, falta de intimidade e

violência doméstica; alterações físicas, nomeadamente traumatismos do parto e imagem corporal negativa; conflito de papéis, incluindo incompatibilidade de papéis, amamentação e privação do sono.<sup>(17)</sup>

Contudo, este estudo demonstrou que algumas mulheres apresentaram experiências negativas na sua sexualidade após o parto, enquanto que outras não referiram alterações e outras, ainda, relataram que a sua vida sexual melhorou após o nascimento de seu filho. Isto indica que a gravidez e o nascimento do bebé não representam necessariamente uma experiência negativa. Assim, a sexualidade deve ser uma temática abordada ainda durante a gravidez, relativamente aos receios após o parto e às transformações que ocorrem no pós-parto, de forma a potenciar uma vida sexual satisfatória.<sup>(17)</sup>

Em relação ao reinício da atividade sexual após o parto, a presença de episiotomia parece ser um fator preponderante, tornando-se mais significativo em combinação com parto distócico por fórceps, constatando que estas mulheres têm mais probabilidade de adiar a relação sexual. Assim, a primeira opção em caso de necessidade de realizar parto instrumentado será o uso de ventosa.<sup>(14)</sup>

Igualmente, outro estudo demonstrou que a atividade sexual foi reiniciada mais cedo que o sexo vaginal às 6 semanas após o parto e por volta das 8 semanas já a maioria das mulheres havia realizado sexo vaginal.<sup>(15)</sup>

A relação entre o sexo vaginal e o tipo de parto foram igualmente analisados, sendo que comparando mulheres de parto vaginal com períneo intacto com mulheres submetidas a episiotomia, estas últimas têm menor tendência a reiniciar sexo vaginal às 6 semanas após o parto. As mulheres submetidas, a cesariana, seguem a mesma tendência, adiando o sexo vaginal.<sup>(15)</sup>

Este facto é corroborado por outros autores que referem que a cesariana eletiva não apresenta efeito protetor da função sexual após o parto, revelando que mulheres que tiveram parto vaginal sem episiotomia retomaram mais rapidamente a relação sexual do que mulheres de parto vaginal com episiotomia, partos instrumentados ou partos por cesariana. Comparando os diferentes tipos de parto e o Índice de Função Sexual Feminina (FSFI), parece não haver diferenças significativas no score total FSFI às 6, 12 ou 24 semanas pós-parto.<sup>(9)</sup>

Outros estudos demonstram que a cesariana não é sinónimo de preservação da função sexual normal, quando comparado com parto vaginal com episiotomia médio-lateral, considerando que independentemente do tipo de parto a função sexual aos 6 meses de pós-parto é semelhante ao período pré-gravídico. Contudo demonstram que aos 3 e 6 meses de pós-parto



vaginal com episiotomia, os scores dos domínios do FSFI, nomeadamente o desejo, a excitação, lubrificação, satisfação e dor estão significativamente diminuídos. Já no parto por cesariana os scores de desejo, lubrificação, satisfação e dor foram baixos aos 3 meses, mantendo-se diminuídos, aos 6 meses, os domínios do desejo e lubrificação. <sup>(13)</sup>

Este estudo aponta em média 5/6 semanas para retomar o sexo vaginal, quer para mulheres de parto vaginal com episiotomia, quer para mulheres com parto por cesariana, sendo mais frequente no parto vaginal com episiotomia adiar o reinício da atividade sexual, face ao parto por cesariana. Praticamente todas as mulheres retomaram sexo vaginal até aos 6 meses pós-parto. A função sexual aos 12 e 24 meses foi semelhante em ambos os grupos. <sup>(13)</sup>

Em contrapartida alguns autores referem que aos 6 e 12 meses após o parto a função sexual é significativamente inferior em mulheres de parto vaginal com lacerações de grau III e IV, relativamente a mulheres submetidas a episiotomia ou com lacerações de grau I e II. <sup>(16)</sup>

Outro estudo demonstrou que mulheres com lacerações de grau II revelaram menores scores nos domínios da excitação, orgasmo e score total FSFI comparativamente a mulheres com lacerações de grau I e/ou submetidas a episiotomia, contudo não revelou uma diferença significativa na função sexual quer em mulheres de períneo intacto, lacerações de grau I e II ou com episiotomia, contrariando a associação da episiotomia com disfunção sexual. <sup>(10)</sup>

## CONCLUSÃO

A episiotomia é um procedimento efetuado na prática clínica sem evidência científica que fundamente o seu benefício. A sua realização é alicerçada pela prevenção de lacerações perineais graves, melhor manutenção da função sexual após o parto, redução da incidência de incontinência urinária e fecal e pela proteção do recém-nascido. No entanto, para muitos autores o seu uso rotineiro é desaconselhado e deve ser abolido, sendo recomendada uma filosofia mais seletiva/ restritiva. <sup>(2)</sup>

Até ao momento presente não há evidência que corrobore a necessidade de realização de episiotomia na prática diária e as taxas aceitáveis de sua realização são difíceis de determinar. O papel da episiotomia em emergência obstétrica, como sofrimento fetal com partos vaginais distócicos permanece difícil de estabelecer. <sup>(2)</sup>

Como morbilidade, a longo prazo, aos 6 meses ou mais após o parto, evidências de baixa certeza sugerem que pode haver pouco ou nenhum efeito de episiotomia seletiva na dispareunia. Evidências sobre outras morbilidades a longo prazo são escassas e muito incertas,

nomeadamente sobre incontinência urinária e prolapso genital, ou mesmo ausentes como incontinência fecal ou disfunção sexual.

Quando a episiotomia é indicada, as mulheres gostariam de receber informações relevantes sobre a mesma e para que esta seja realizada por profissionais de saúde tecnicamente competentes e sensíveis às suas necessidades. As mulheres poderão estar mal preparadas para a dor associada ao procedimento ou às potenciais consequências a curto e longo prazo como desconforto perineal, dificuldade em realizar atividades quotidianas normais, deformidades estéticas e efeito na vida sexual.

Não existe consenso entre os autores no que concerne às repercussões da episiotomia relativamente à função sexual feminina. Embora vários estudos descrevam a associação entre a dispareunia e as lesões no períneo, nomeadamente devido à episiotomia, vários autores acrescentam que três meses depois esta diferença não é significativa.

Contudo vários estudos referem que 6 meses após o parto, o maior fator de risco associado à dispareunia, é a amamentação. Apesar de estarem relatados elevados níveis de problemas sexuais após o parto, a sua relação com o tipo de parto permanece inconclusiva.

Por esse motivo, cabe ao profissional de saúde, nomeadamente, ao enfermeiro de Saúde Materna e Obstétrica (EESMO), a tomada de decisão deste ato e o uso de técnicas que minimizem o impacto da mesma, priorizando o desenvolvimento de competências técnico-científicas de forma a atuar conforme as boas práticas e no momento adequado.

O EESMO deve apoiar, esclarecer e desmitificar alguns receios e angústias vivenciadas pelas mulheres relativamente ao período que se segue após o nascimento dos seus filhos. As mulheres/ casais devem ser informados sobre os fatores que podem interferir na sua vida sexual durante esta fase com o objetivo de prepará-los para tais alterações, de forma a vivenciar a sexualidade de forma positiva.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) World Health Organization. Sexual health [Internet]. Genebra: WHO; 2017 [acesso em 2019 mar. 28]. Disponível em: [https://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual\\_health/en/](https://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/en/)
- (2) World Health Organization. Genebra: WHO; WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience; 2018 [acesso em 2019 mar. 28]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf;jsessionid=B20FF0635300EFB06541D88B8C888995?sequence=1>
- (3) International Confederation of Midwives. Essencial Competences for Midwifery Practice; 2019 [acesso em 2019 mar. 28]. Disponível em: [https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/02/icm-competencies\\_english\\_final\\_jan-2019-update\\_final-web\\_v1.0.pdf](https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/02/icm-competencies_english_final_jan-2019-update_final-web_v1.0.pdf)
- (4) Regulamento n.º 391/2019, de 3 de Maio (2019). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica. Diário da República II Série, N.º 85 (3-05-2019). pp. 13560-13565.
- (5) Lowdermilk, D. L., Perry, S.E. (2007). Enfermagem na Maternidade (7.ª ed., pp. 414-477). Loures: Lusodidacta.
- (6) Lowdermilk, D.L., Perry, S.E., Bobak, I.M.(2002). O cuidado em Enfermagem Materna. Porto Alegre: Artmed Editora.
- (7) Graça, L. M. (2000). Episiotomia e lacerações perineais. In Graça, L. M. (Ed.), Medicina Materno Fetal (2ª ed), (pp. 809- 814). Lisboa: Lidel.
- (8) Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Projeto Maternidade com Qualidade*. Disponível em [www.ordemenfermeiros.pt](http://www.ordemenfermeiros.pt), consultado a 14 de Novembro de 2018.
- (9) Lurie, S., Aizanberg, M., Sulema, V., Boaz, M., Kovo, M., Golan, A., Sadan, O. Sexual function after childbirth by the mode of delivery: a prospective study. Arch Gynecol Obstet. 2013; 288: 785-792.
- (10) Kramná, P., Vrublová, Y. Episiotomy and women's sexual function 2-5 years after childbirth: A study from the Czech Republic. British Journal of Midwifery. 2016; 24(12): 870-876.
- (11) Leal, I., Lourenço, S., Oliveira, R.V., Carvalheira, A. & Maroco, J. The impact of childbirth on sexual functioning in women with episiotomy. Psychology, Community & Health. 2013; 2(3): 307-316.

- (12) Boran, S.U., Cengiz, H., Erman, O., Erkaya, S. Episiotomy and the development of postpartum dyspareunia and anal incontinence in nulliparous females. *Eurasian Journal of Medicine*. 2013; 45: 176-180.
- (13) Kahramanoglu, I., Baktiroglu, M., Hamzaoglu, K., Kahramanoglu, O., Verit, F., Yucel, O. The impact of mode of delivery on the sexual function of primiparous women: a prospective study. *Arch Gynecol Obstet*. 2017; 295: 907-916.
- (14) Juárez J. M. T., Ayuso, D. R., Pereda, B. N., Forjaz, M. J., Barrecheguren, C. O., Díaz, S. M., Gámez, B. A., Sevilla, B. A., Álvarez, J. J. C., Lucía, C. S., Mestre, R. P. Resumption of intercourse, self-reported decline in sexual intercourse and dyspareunia in women by mode of birth: A prospective follow-up study. *John Wiley & Sons Ltd*. 2018 ; 74: 637-650.
- (15) McDonald, E., Brown, S. Does method of birth make a difference to when women resume sex after childbirth? *BJOG*. 2013; 120: 823-830.
- (16) Ahmed, W. A. S., Kishk, E. A., Farhan, R. I., Khamees, R. E. Female sexual function following different degrees of perineal tears. *Int Urogynecol J*. 2016; 28: 917-921.
- (17) Khajehel, M., Doherty, M. Women's experience of their sexual function during pregnancy and after childbirth: a qualitative survey. *British Journal of Midwifery*. 2018; 26(5): 318-328.
- (18) Gün, I., Dogan, B., Özdamar, Ö. Long- and short-term complications of episiotomy. *Turk J Obstet Gynecol*. 2016; 13: 144-148.

### Apêndice C: Questionário Aplicado às Puérperas do CHBM, EPE

**Questionário**

**Funcionamento Sexual Feminino (FSFI)**

(Rosen et al., 2000, tradução e adaptação de P. Nobre, 2001)

Gostaria de saber qual a sua opinião sobre a vivência da sua sexualidade após o parto.

Assinale, por favor, com um X a opção correta e os restantes dados solicitados.

Obrigado pela sua colaboração!

1. Idade

- ☐ 1. 15-20 anos
- ☐ 2. 21-25 anos
- ☐ 3. 26-30 anos
- ☐ 4. 31-35 anos
- ☐ 5. 36-40 anos
- ☐ 6. 41-45 anos
- ☐ 7. 46-50 anos

1. Estado civil

- 1. ☐ Solteira
- 2. ☐ Casada/União de facto
- 3. ☐ Separada/divorciada
- 4. ☐ Viúva

2. Naturalidade

---

3. Religião

- 1. ☐ Católica
- 2. ☐ Protestante
- 3. ☐ Ortodoxa
- 4. ☐ Islâmica
- 5. ☐ Hindu

6. ☐ Budista
7. ☐ Judaica
8. ☐ Religião tradicional chinesa
9. ☐ Agnóstico, Ateu, Sem religião
10. ☐ Outro \_\_\_\_\_

4. Habilitações literárias

1. ☐ Ensino básico 1.º ciclo
2. ☐ Ensino básico 2.º ciclo - 6.º ano (antigo 2.º ano liceal / ciclo preparatório)
3. ☐ Ensino básico 3.º ciclo - 9.º ano (antigo 5.º ano liceal ou ensino técnico)
4. ☐ Ensino secundário - 12.º ano ou equivalente
5. ☐ Ensino médio / pós-secundário – curso de especialização tecnológica
6. ☐ Ensino superior – bacharelato
7. ☐ Ensino superior – licenciatura
8. ☐ Ensino superior – mestrado
9. ☐ Ensino superior – doutoramento

5. Profissão

\_\_\_\_\_

6. Quantos filhos tem?

1. ☐ Nenhum, este será o primeiro
2. ☐ 1
3. ☐ 2
4. ☐ 3
5. ☐ 4 ou mais

7. Quantos partos já teve?

1. ☐ Nenhum
2. ☐ 1
3. ☐ 2
4. ☐ 3
5. ☐ 4 ou mais

8. Se já teve um parto, que tipo de parto foi?

1. ☐ Vaginal
2. ☐ Cesariana

9. Teve o períneo com:

1. ☐ Episiorrafia
2. ☐ Laceração
3. ☐ Intacto

10. Temporalmente, último parto foi:

1. ☐  $\leq 5$ anos
2. ☐  $\geq 6$  anos

Tendo em conta o **primeiro ano após o parto** escolha a resposta que mais representa a sua experiência nessa altura

**1. Com que frequência sentiu desejo ou interesse sexual?**

- ☐ Quase sempre / sempre?
- ☐ A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- ☐ Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- ☐ Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- ☐ Quase nunca / nunca

**2. Como classifica o seu nível de desejo ou interesse sexual nessa altura?**

- ☐ Muito elevado
- ☐ Elevado
- ☐ Moderado
- ☐ Baixo
- ☐ Muito baixo / nenhum

**3. Com que frequência se sentiu sexualmente excitada durante qualquer atividade ou relação sexual?**

- ☐ Não tive atividade sexual

- ☐ Quase sempre / sempre
- ☐ A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- ☐ Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- ☐ Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- ☐ Quase nunca / nunca

**4. Como classifica o seu nível/grau de excitação sexual na atividade ou relação sexual nessa altura?**

- ☐ Não tive atividade sexual
- ☐ Muito elevado
- ☐ Elevado
- ☐ Moderado
- ☐ Baixo
- ☐ Muito baixo / nenhum

**5. Qual a sua confiança em conseguir excitar-se durante a atividade ou relação sexual nessa altura?**

- ☐ Não tive atividade sexual
- ☐ Confiança muito elevada
- ☐ Confiança elevada
- ☐ Confiança moderada
- ☐ Confiança baixa
- ☐ Confiança muito baixa/ nenhuma

**6. Com que frequência se sentiu satisfeita com a sua excitação sexual durante qualquer atividade ou relação sexual?**

- ☐ Não tive atividade sexual
- ☐ Quase sempre / sempre
- ☐ A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- ☐ Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- ☐ Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- ☐ Quase nunca / nunca



**7. Com que frequência ficou lubrificada (molhada) durante qualquer atividade ou relação sexual?**

- ☐ Não tive atividade sexual
- ☐ Quase sempre / sempre
- ☐ A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- ☐ Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- ☐ Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- ☐ Quase nunca / nunca

**8. Qual a dificuldade que teve em ficar lubrificada (molhada) durante qualquer atividade ou relação sexual?**

- ☐ Não tive atividade sexual
- ☐ Extremamente difícil ou impossível
- ☐ Muito difícil
- ☐ Difícil
- ☐ Ligeiramente difícil
- ☐ Nenhuma dificuldade

**9. Com que frequência manteve a sua lubrificação até ao fim da atividade ou relação sexual?**

- ☐ Não tive atividade sexual
- ☐ Quase sempre / sempre
- ☐ A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- ☐ Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- ☐ Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- ☐ Quase nunca / nunca

**10. Qual a dificuldade que teve em manter a sua lubrificação até ao fim de qualquer atividade ou relação sexual?**

- ☐ Não tive atividade sexual
- ☐ Extremamente difícil ou impossível
- ☐ Muito difícil
- ☐ Difícil

- ☐ Ligeiramente difícil
- ☐ Nenhuma dificuldade

**11. Quando teve estimulação sexual ou relações sexuais, com que frequência atingiu o orgasmo (clímax)?**

- ☐ Não tive atividade sexual
- ☐ Quase sempre / sempre
- ☐ A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- ☐ Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- ☐ Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- ☐ Quase nunca / nunca

**12. Quando teve estimulação sexual ou relações sexuais, qual a dificuldade que teve para atingir o orgasmo?**

- ☐ Não tive atividade sexual
- ☐ Extremamente difícil ou impossível
- ☐ Muito difícil
- ☐ Difícil
- ☐ Ligeiramente difícil
- ☐ Nenhuma dificuldade

**13. Qual foi o seu nível de satisfação com a sua capacidade para atingir o orgasmo (clímax) durante a atividade sexual naquela altura?**

- ☐ Não tive atividade sexual
- ☐ Muito satisfeita
- ☐ Moderadamente satisfeita
- ☐ Igualmente satisfeita e insatisfeita
- ☐ Moderadamente insatisfeita
- ☐ Muito insatisfeita

**14. Qual foi o seu nível de satisfação com o grau de proximidade emocional entre si e o seu parceiro durante a atividade sexual?**

- ☐ Não tive atividade sexual

- ☐ Muito satisfeita
- ☐ Moderadamente satisfeita
- ☐ Igualmente satisfeita e insatisfeita
- ☐ Moderadamente insatisfeita
- ☐ Muito insatisfeita

**15. Qual o seu nível de satisfação com o relacionamento sexual que manteve com o seu parceiro?**

- ☐ Muito satisfeita
- ☐ Moderadamente satisfeita
- ☐ Igualmente satisfeita e insatisfeita
- ☐ Moderadamente insatisfeita
- ☐ Muito insatisfeita

**16. Qual o seu nível de satisfação com a sua vida sexual em geral?**

- ☐ Muito satisfeita
- ☐ Moderadamente satisfeita
- ☐ Igualmente satisfeita e insatisfeita
- ☐ Moderadamente insatisfeita
- ☐ Muito insatisfeita

**17. Com que frequência sentiu dor ou desconforto durante a penetração vaginal?**

- ☐ Não tentei ter relações sexuais
- ☐ Quase sempre / sempre
- ☐ A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- ☐ Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- ☐ Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- ☐ Quase nunca / nunca

**18. Com que frequência sentiu dor ou desconforto após a penetração vaginal?**

- ☐ Não tentei ter relações sexuais
- ☐ Quase sempre / sempre
- ☐ A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)

- ☐ Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- ☐ Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- ☐ Quase nunca / nunca

**19. Como classificou o seu nível de dor ou desconforto durante ou após a penetração vaginal?**

- ☐ Não tentei ter relações sexuais
- ☐ Muito elevado
- ☐ Elevado
- ☐ Moderado
- ☐ Baixo
- ☐ Muito baixo/nenhum

## Apêndice D: Consentimento Informado Livre e Esclarecido

### CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO



Exma. Senhora:

Convido-a a participar numa investigação desenvolvida no âmbito do Mestrado Profissional de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Universidade de Évora/Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, que tem como objetivo avaliar a influência da episiotomia na sexualidade, após o parto. A episiotomia consiste numa incisão realizada no períneo, quando necessário, para aumentar o canal vaginal, facilitando a expulsão do feto. O estudo em causa decorre sob orientação da Sra. Prof.<sup>a</sup> Doutora Maria Otilia Brites Zangão, docente da Universidade de Évora. Considera-se que, a sua participação, bem como a divulgação dos resultados desta pesquisa possam contribuir para a melhoria dos cuidados prestados durante a gravidez, parto e pós-parto.

O seu consentimento é indispensável para a realização desta pesquisa, no entanto, ele pode ser cancelado a qualquer momento, se assim o entender, sem que isso lhe traga qualquer dano pessoal associado.

Informo ainda que estarei disponível para qualquer esclarecimento necessário, durante todo o período de realização do estudo, através do seguinte contacto: **ritasantosrosado@gmail.com / 927232293**.

Sendo o que tinha a tratar no momento e na esperança de poder contar com sua colaboração, agradeço desde já a mesma.

Grata pela atenção,

Rita Alexandra dos Santos Junqueiro Rosado

Assinatura da Investigadora:

\_\_\_\_\_

Este consentimento será assinado por mim em duplicado e eu fico com um dos exemplares.

*Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações.*

*Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.*


Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora. Assim, estou disponível e aceito dar o meu testemunho, no âmbito da pesquisa intitulada **“Influência da episiotomia na sexualidade, após o parto”**.

Nome \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

Barreiro \_\_\_\_\_

## Apêndice E: Proposta de Projeto do Estágio Final

 Serviços Académicos	Cursos de 3.º Ciclo, 2.º Ciclo e Mestrado Integrado	<b>MODELO</b> <b>T-005</b>
	<b>PROPOSTA DE PROJETO DE</b> <b>TESE / DISSERTAÇÃO / ESTÁGIO / TRABALHO DE PROJETO</b>	Ano Letivo: <u>2018</u> / <u>2019</u>

<b>1. DELIBERAÇÃO DO CONSELHO CIENTÍFICO DA ESCOLA</b> (A ser emitido apenas em DocDOC)	<b>2. PARECER DO DIRETOR DE CURSO</b> (A ser emitido apenas em DocDOC)
--	---

<b>3. IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDANTE</b>	
Nome Completo: <u>Rita Alexandra dos Santos Junqueiro Rosado</u>	
Número: <u>41969</u>	Ciclo de Estudos: <input type="checkbox"/> 3.º Ciclo <input checked="" type="checkbox"/> 2.º Ciclo <input type="checkbox"/> Mestrado Integrado
Curso: <u>Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica</u>	
Especialidade/Plano Alternativo: <u>Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica</u>	

<b>4. CONTACTOS DO ESTUDANTE</b>	
Telef.: <u>927232293</u>	E-mail: <u>ritasantosrosado@gmail.com</u>

<b>5. PROPOSTA</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> Entrega de 1.º Projeto <input type="checkbox"/> Entrega do Projeto Reformulado <input type="checkbox"/> Entrega de 2.º Projeto por Reingresso	
<input type="checkbox"/> Proposta de Alteração do Projeto	
Neste caso, assinala as quadras deste formulário em que propões alterações (Bó deve preencher as respectivas quadras)	
<input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/> 7. <input type="checkbox"/> 8. <input type="checkbox"/> 9. <input type="checkbox"/> 10. <input type="checkbox"/> 11. <input type="checkbox"/> 12. <input type="checkbox"/> 13.	

<b>6. JUSTIFICAÇÃO DA PROPOSTA DE ALTERAÇÃO</b> (A preencher apenas no caso de se marcar no quadro 5 ter escolhido esta opção)	

<b>7. TIPO DE TRABALHO</b> (de acordo com o previsto no Plano de Estudos do Curso)	<b>8. LÍNGUA DE REDAÇÃO</b>
OPÇÕES NO CÍRCULO DE PROGRUPO DE DOUTORAMENTO: <input type="checkbox"/> Tese Formatos da Tese: <input type="checkbox"/> Descrição sobre o tema de investigação <input type="checkbox"/> Compilação de artigos publicados <input type="checkbox"/> Síntese ou conjunto de síntese, ou resumo, com carácter inovador (na domínio das artes)	<input checked="" type="checkbox"/> Português <input type="checkbox"/> Inglês <input type="checkbox"/> Espanhol <input type="checkbox"/> Francês <input type="checkbox"/> Outra: _____
PARA MESTRADO OU MESTRADO INTEGRADO: <input type="checkbox"/> Dissertação <input checked="" type="checkbox"/> Estágio <input type="checkbox"/> Trabalho de Projeto	

<b>9. TÍTULO DO TRABALHO</b>	
Título (na língua de redação): <u>Influência da episiotomia na sexualidade, após o parto.</u>	
Título em Inglês: <u>Episiotomy influence on sexuality after childbirth</u>	

<b>10. ORIENTAÇÃO (Anexar declaração(ões) de acolhimento)</b>	
Nome: <u>Maria Otília Brites Zangão</u> Universidade/Instituição: <u>Universidade de Évora / Escola Superior de Enfermagem São João de Deus</u> N.º Identificação Civil: <u>09294982 - 7ZY3</u> Tipo de Identificação: <input type="checkbox"/> BI <input checked="" type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Passaporte <input type="checkbox"/> Outro: Telef.: <u>266 730 300</u> E-mail: <u>otiliaz@uevora.pt</u> ID ORCID: <u>0000-0003-2899-8768</u>	
Nome: _____ Universidade/Instituição: _____ N.º Identificação Civil: _____ Tipo de Identificação: <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Passaporte <input type="checkbox"/> Outro: Telef.: _____ E-mail: _____ ID ORCID: _____	
Nome: _____ Universidade/Instituição: _____ N.º Identificação Civil: _____ Tipo de Identificação: <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Passaporte <input type="checkbox"/> Outro: Telef.: _____ E-mail: _____ ID ORCID: _____	
<b>11. ÁREA DISCIPLINAR E PALAVRAS-CHAVE DO TRABALHO</b>	
Domínio Científico e Tecnológico (Área FOS): <u>Ciências da Saúde</u> <small>Consulte a lista de áreas FOS em: <a href="http://www.dgeac.mec.pt/np4/26">http://www.dgeac.mec.pt/np4/26</a></small> Palavras-chave (3 palavras, separadas por ';'): <u>episiotomy; sexuality; dyspareunia; sexual function after childbirth</u>	
<b>12. DOMÍNIO A INVESTIGAR/TEMA</b>	
Influência da episiotomia no retomar da atividade sexual, após o parto.	
<b>13. RESUMO, PLANO E CRONOGRAMA (Se necessário submeter como anexo a esta impressão)</b>	
Em anexo	
<b>14. DOCUMENTOS ANEXOS</b>	<b>15. DECLARAÇÃO DO ESTUDANTE</b>
<input checked="" type="checkbox"/> Plano de Trabalho <input checked="" type="checkbox"/> Cronograma <input checked="" type="checkbox"/> Declaração de Orientador(es) <input type="checkbox"/> Declaração de Unidade Orgânica de acolhimento <small>(Deve incluir o(a) Orientador(es), o Projeto ou Equipa de Investigação em que diretamente se enquadra a preparação do Tese) - (apenas para alunos da 1.ª Ciclo)</small> <input checked="" type="checkbox"/> Outros: <u>Pedido à comissão de ética</u>	Nos termos do Regulamento Académico da Universidade de Évora (RAUE) em vigor, entrego o projeto do Tese/ Dissertação/Monografia/Trabalho Projeto (conforme indicado no quadro 6 desta impressão) do qual, após aprovado pelo Conselho Científico, será efetuado o respetivo registo nos Serviços Académicos na Universidade de Évora.  Declaro que caso efetue alguma alteração a este projeto a ser aprovado (título, orientador, língua, etc.) procederei nos termos do referido regulamento, à entrega do projeto de alteração no prazo máximo de 10 dias antes da entrega da T/D/E/TP.

**13. RESUMO, PLANO E CRONOGRAMA****RESUMO**

Nas últimas décadas, tem-se notado a influência do desenvolvimento científico e tecnológico na área da saúde, resultando na medicalização de alguns processos fisiológicos, tais como a gravidez e parto, visando garantir uma maior qualidade e segurança para a grávida e parturiente. A mulher sofre modificações físicas após o parto, e por conseguinte, alterações na sua imagem corporal e autoconceito podendo afetar a sexualidade, tornando-se motivo de preocupação para o casal. Perry & Bobak (2002) referem que muitos casais retomam a atividade sexual antes dos 45 dias após o parto, sendo que os tecidos da vagina e/ou perineo, afetados durante o trabalho de parto, quer pela realização de episiotomia, quer pela presença de lacerações, necessitam de três a seis semanas para cicatrizar. Segundo Lowdermilk e Perry (2007), as recém mães podem apresentar-se relutantes em retomar a atividade sexual, por medo, dor, ou preocupação em relação à possibilidade do coito comprometer a cicatrização dos tecidos perineais. Assim torna-se relevante debater sobre a influência da episiotomia na sexualidade da mulher, sendo esta um ato cirúrgico, por vezes realizado durante o parto.

A episiotomia consiste numa incisão do perineo com o objetivo de aumentar o canal de parto para expulsão do feto e segundo Graça et al, mencionado por Fátia e Tinoco (2016), não existe evidência clínica de que a episiotomia diminua a frequência de lesão perineal, incontinência urinária ou futuros prolapso vaginais. Contudo torna-se essencial modificar comportamentos e capacitar os profissionais de saúde para a realização de partos sem episiotomia, abandonando assim a prática da episiotomia por rotina (Ordem dos Enfermeiros, 2013). Torna-se premente a incorporação do respeito aos direitos das mulheres, nomeadamente direitos sexuais e reprodutivos. Neste sentido, segundo Previatti, citado pela Ordem dos Enfermeiros (2013), é fundamental informar as mulheres no que é que consiste a episiotomia, indicações e consequências, para que possam tomar decisões sobre as práticas clínicas realizadas no seu corpo. A posição de nascimento, as características dos tecidos das mulheres e o controlo no período expulsivo, promovem a integridade perineal.

Muitos autores demonstram a relação entre dispareunia e a presença de episiotomia e sua interferência no restabelecimento das relações sexuais (Leal, Lourenço, Oliveira, Carvalheira e Maroco, 2013). Sendo a sexualidade parte integrante da condição humana e por vezes alterada nesta transição para a parentalidade, torna-se relevante tentar perceber os motivos que comprometem a mesma. Contudo alguns estudos contradizem a relação entre episiotomia e função sexual, demonstrando que a dor durante o ato sexual não é afetada pelo trauma perineal (Fonconner et al, citado por Kramná e Vrublová, 2016). Também a associação entre a presença de episiotomia e a função e satisfação sexual não é consistente, embora esta aumente a prevalência de dispareunia e diminuição da lubrificação durante o ato sexual (Ejgard, Ryding e Sjögren, 2008). Em contrapartida, Kramná e Vrublová (2016) citando William et al, dizem que a mulher com perineo intacto tem menor incidência de problemas sexuais e dispareunia, um ano após o parto, relativamente às mulheres com episiotomia ou lacerações perineais. Identificou-se ainda que mulheres com lacerações de segundo grau têm menos excitação sexual, orgasmo e menor score no Índice de função sexual feminina, relativamente a mulheres com lacerações de primeiro grau ou episiotomia (Kramná e Vrublová, 2016). Estes autores sugerem que o relacionamento com o companheiro, a idade dos filhos mais velhos, condições socioeconómicas e a amamentação têm maior influência na função sexual em múltiplas.

Todas estas incoerências remetem-nos para a necessidade de realizar mais estudos nesta área. A episiotomia deve ser praticada restritivamente. Uma implicação clínica destes resultados poderia ser oferecer aconselhamento sexual para mulheres grávidas e casais, inclusive casais com história de dispareunia. Também no pós-parto, tanto mães como pais têm preocupações sobre a sexualidade. Muitas dessas questões podem ser abordadas pelos profissionais de saúde. No período pós-parto, os EESMOS e / ou os médicos devem perguntar sobre dispareunia e lubrificação, especialmente em relação à episiotomia. A lubrificação preventiva pode ser proposta, bem como conselhos sobre posições sexuais e gratificar o sexo sem penetração. Os recém pais podem ser encorajados de que, mesmo que a dispareunia seja bastante frequente após o dano perineal, o prazer sexual foi relatado pela maioria das mulheres 12 a 18 meses após o parto (Ejgard, Ryding e Sjögren, 2008).

Dado que muitos casais anseiam pela informação relacionada com a sexualidade, mas por vezes receosos em falar sobre esta questão, os enfermeiros devem incluir esta temática na preparação para alta hospitalar e consultas do puerpério. Sendo que o EESMO desempenha um papel fundamental no aconselhamento e esclarecimento de dúvidas e angústias resultantes de alterações da resposta sexual feminina, é premente a necessidade de estar atualizado na área da sexualidade humana. No âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Universidade de Évora/ Escola Superior de Enfermagem São João de Deus e enquanto futura EESMO com funções no serviço de obstetrícia do CHBM, EPE, proponho a realização de um estudo inerente à temática **Influência da Episiotomia na sexualidade, após o parto**, procurando aprofundar conhecimentos na área da sexualidade após o parto e consequente integração do tema na preparação para alta das puérperas/casais e nas consultas de enfermagem de puerpério.



## PLANO

Pretendo com a realização deste projeto, planejar atividades, elaborar estratégias e definir ações, perspectivando resultados aos objetivos a que me proponho e desta forma a contribuir para melhoria da qualidade de cuidados. Este projeto será desenvolvido durante o Estágio de Natureza Profissional, em que pretendo alcançar todos os objetivos de aprendizagem previsto no Planejamento do Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final, bem como os objetivos definidos por mim para aquisição para as competências de investigação. Desta forma, pretendo desenvolver competências como EESMO de modo a proporcionar cuidados individualizados, procurando refletir sobre a influência da episiotomia na sexualidade, após o parto.

**OBJETIVO GERAL:** Identificar as alterações provocadas pela episiotomia no retomar da atividade sexual após o parto.

- **Objetivo Específico I:** Analisar as associações entre a presença de episiotomia e um conjunto de variáveis definidas;

Atividades Planejadas	Resultados Esperados	Meios de Avaliação
- Realização de pesquisa bibliográfica;  - Aplicação de um questionário às mulheres que correspondem aos critérios de inclusão do estudo, no decorrer do Estágio de Natureza Profissional.	- Identificar se há diferenças nas respostas às variáveis definidas na presença ou ausência de episiotomia.	- Tratamento estatístico dos dados obtidos, através do programa SPSS.

- **Objetivo II:** Identificar estratégias de apoio à vivência da sexualidade após o parto;

Atividades Planejadas	Resultados Esperados	Meios de Avaliação
- Realização de pesquisa bibliográfica;  - Utilização de bases de dados científicas na atualização do conhecimento sobre a influência da episiotomia na sexualidade após o parto.	- Identificar as experiências das mulheres relativamente ao reinício da atividade sexual após o parto;  - Melhoria da qualidade dos cuidados prestados pelo EESMO, sensíveis às diferentes culturas.	- Feedback das mulheres em estudo relativamente à vivência da sexualidade após o parto.

- **Objetivo III:** Disponibilizar às puérperas, ferramentas de apoio à vivência da sexualidade após o parto, na consulta de enfermagem do puerpério.

Atividades Planejadas	Resultados Esperados	Meios de Avaliação
- Realização de pesquisa bibliográfica; - Utilização de bases de dados científicas na atualização do conhecimento sobre a influência da episiotomia na sexualidade após o parto.	- Identificar as experiências das mulheres relativamente ao apoio prestado pelos enfermeiros em consultas de pós-parto e planeamento familiar;  - Esclarecer as dúvidas expostas pelas mulheres relativas à temática;  - Promover momentos de discussão e de partilha de ideias, entre diferentes profissionais de saúde.	- Feedback das mulheres em estudo relativamente ao apoio prestado nas consultas de pós-parto relativamente à sexualidade;  - Partilha os resultados no seio da equipa multidisciplinar.

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES																
Atividades	Meses do ano 2018				Meses do ano 2019											
	09	10	11	12	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
Pesquisa Bibliográfica																
Elaboração do projeto																
Entrega do projeto																
Recolha de dados																
Tratamento e análise de dados																
Redação do relatório																
Entrega do relatório																
Preparação Apresentação do relatório																
Apresentação oral do relatório																

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS																
<p>Boran, S.U., Cengiz, H., Erman, O., Erkaya, S. (2013). Episiotomy and the development of postpartum dyspareunia and anal incontinence in nulliparous females. <i>Eurasian Journal of Medicine</i>, 45, 176-180.</p> <p>Ejered, H., Ryding, E.L., Sjögren, B. (2008). Sexuality after delivery with episiotomy: A long-term follow-up. <i>Gynecologic and Obstetric Investigation</i>, 66, 1-7.</p> <p>Khajehel, M., Doherty, M. (2018). Women's experience of their sexual function during pregnancy and after childbirth: A qualitative survey. <i>British Journal of Midwifery</i>, 26(5), 318-328.</p> <p>Kramná, P., Vrublová, Y. (2016). Episiotomy and women's sexual function 2-5 years after childbirth: A study from the Czech Republic. <i>British Journal of Midwifery</i>, 24(12), 870-876.</p> <p>Leal, I., Lourenço, S., Oliveira, R.V., Carvalheira, A. &amp; Muroco, J. (2013). The impact of childbirth on sexual functioning in women with episiotomy. <i>Psychology, Community &amp; Health</i>, 2(3), 307-316.</p> <p>Loureiro, C., Barreto, J., André, M. C., &amp; Lopes, R. C. (2001). A Sexualidade Humana e o Papel do Enfermeiro. <i>Revista Jeformar</i>, 24, 32-34.</p> <p>Lowdermilk, D. L., Perry, S.E. (2007). <i>Enfermagem na Maternidade</i> (7.ª ed., pp. 414-477). Loures: Lusodidacta.</p> <p>Lowdermilk, D.L., Perry, S.E. &amp; Bohak, I.M. (2002). O cuidado em Enfermagem Materna. Porto Alegre: Artmed Editora.</p> <p>Nêné, M., Marques, R., Batista, M.A. (2016). <i>Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica</i>. Lisboa: Lidel.</p> <p>Ordem dos Enfermeiros. (2013). <i>Projeto Maternidade com Qualidade</i>. Disponível em <a href="http://www.onlemaenfermeiros.pt">www.onlemaenfermeiros.pt</a>, consultado a 14 de Novembro de 2018.</p> <p>Rosen, R., Brown, C., Heiman, J., Leiblum, S., Meston, C., Shalovich, R., Ferguson, D., &amp; Agostino, R. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. <i>Journal of Sex &amp; Marital Therapy</i>, 26 (2), 191-208.</p>																



UNIVERSIDADE DE ÉVORA  
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM  
SÃO JOÃO DE DEUS

**DECLARAÇÃO DE ACEITAÇÃO DE ORIENTAÇÃO**

Para os devidos efeitos, definidos no artigo 117.º da Ordem de Serviço n.º 13/2016, de 10 de agosto, da Reitora da Universidade de Évora, declaro assumir a orientação do trabalho de **Rita Alexandra dos Santos Junqueiro Rosado** (aluno n.º 41969), conducente ao Relatório de **Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica**, sob o registo R/A-Ef 1783/2011/AL01 de 30/08/2017 e n.º R/A-Ef 1783/2011/AL02 de 29/03/2018 na Direcção-Geral do Ensino Superior do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior da República Portuguesa, publicado no Aviso n.º 9891/2018 no DR, 2ª série, n.º 142 de 25 de julho de 2018.

Trata-se da proposta de um relatório de descrição e reflexão pormenorizada e fundamentada, das atividades desenvolvidas no âmbito técnico-profissional, subordinado à temática da área de especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, que versa sobre a problemática de **“Influência da episiotomia na sexualidade, após o parto.”**

Por ser um trabalho credível e porque reconheço na mestranda adequada capacidade de trabalho, sentido crítico e dedicação, assumo com interesse científico tal orientação.

Évora, 15 de novembro de 2018

A Orientadora

Professora Doutora Maria Otilia Brites Zangão  
Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem de S. João de  
Deus/Universidade de Évora

**Apêndice E: Estudo de caso realizado em Consulta de Enfermagem do Puerpério**

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM S.  
JOÃO DE DEUS**

**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

**Unidade Curricular de Parto e Puerpério**

**Estudo de caso**

Rita Alexandra dos Santos Junqueiro Rosado

Orientação: Professora Margarida Sim-Sim

**Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia**

Trabalho Curricular

Évora, 2019

## Índice

1.INTRODUÇÃO	3
2. PROCESSO DE ENFERMAGEM	5
2.1 Identificação / Caracterização biopsicossocial da família	5
2.2 Antecedentes ginecológicos e Obstétricos	5
2.3 História da Gravidez Atual	5
2.4 Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica - Bloco de Partos	6
2.5 Serviço de Internamento de Obstetrícia	6
2.6 Planejamento das Ações	7
2.6.1 Diagnósticos de enfermagem de acordo com a taxonomia CIPE, puérpera	8
2.6.2 Diagnósticos de enfermagem de acordo com a taxonomia CIPE, recém-nascido	10
2.6.3 Plano de alta	11
3. ANÁLISE DO CASO SEGUNDO A TEORIA DE RAMONA MERCER	14
4. CONCLUSÃO	16
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	18
APÊNDICES	19
APÊNDICE A - Consulta de Enfermagem do Puerpério	20
APÊNDICE B - Instrumentos de apoio	23

## 1. INTRODUÇÃO

No âmbito da atividade a desenvolver na Unidade Curricular de Enfermagem do Parto e Puerpério, do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus, procedi à elaboração de um estudo de caso, com base numa experiência que decorreu em contexto de exercício de funções, no serviço de Obstetrícia do Centro Hospitalar Barreiro Montijo.

Este estudo consiste numa abordagem metodológica especialmente adequada quando procuramos compreender, explorar ou descrever acontecimentos e contextos complexos.

O presente trabalho é desenvolvido procurando fornecer a fundamentação para os cuidados de enfermagem especializados prestados, e respetivas intervenções de enfermagem, de forma a alcançar um determinado resultado de enfermagem.

Segundo (Bobak, Lowdermilk, Jenses, & Perry, 1999), são inúmeros os fatores que contribuem para a resposta da mãe ao recém-nascido durante o puerpério, incluindo o nível de energia, grau de conforto, saúde do recém-nascido e o cuidado e apoio fornecido pelos profissionais de saúde. Para este Estudo de Caso tive como referência a teórica de enfermagem Ramona Mercer e sua Teoria da Consecução do Papel Maternal. É uma teoria de médio alcance que se baseia em vários fatores relacionados ao papel maternal e à interação mãe/criança, inseridos em sistemas (macrossistema, mesossistema e microssistema) que influenciam de diversas formas essa mesma interação.

Assim, a consecução do papel maternal é definida como um processo de interação e de desenvolvimento que ocorre ao longo do tempo durante o qual a mãe se liga ao seu filho. Adquire competência nas tarefas de cuidados, que o papel envolve, e exprime o prazer e a satisfação do papel. A mudança para o estado pessoa, ou seja, a identidade maternal, é a etapa final da consecução do papel maternal, na qual a mãe experimenta um sentido de harmonia, confiança e competência na forma como desempenha este papel.

A consecução do papel maternal desenvolve-se em 4 fases: **antecipação** que se inicia na gestação e na relação que desenvolve com o feto, **formal** com início no parto, onde ocorre a aprendizagem e o desempenho do papel de mãe. Esta fase depende de diversos fatores, nomeadamente das intervenções dos enfermeiros enquanto estruturas de suporte. A fase **informal** é atingida quando a mulher adequa o seu papel ao seu estilo de vida e desenvolve formas únicas de lidar com o papel de mãe, por fim, fase **pessoal**, que ocorre à medida em que a mulher interioriza o seu papel e é atingido um desenvolvimento máximo no papel maternal.

A escolha da família para este Estudo de Caso surgiu por se tratar de uma situação, que me permitiu refletir sobre a importância das intervenções, e no desenvolvimento das minhas competências enquanto futura EESMO. Na família em questão, a puérpera demonstrava uma insegurança bastante acentuada relativamente à prestação dos cuidados ao seu bebé. Sendo uma situação muito frequente, principalmente em primíparas, é essencial a intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica. Igualmente importante é fornecer suporte para esta família, permitindo que esta puérpera possa atingir em plenitude, segundo Mercer, uma fase pessoal na consecução do seu papel maternal.

Este estudo de caso tem como objetivos:

- Descrever a situação clínica de uma puérpera/família/recém-nascido, realizando o exame físico da puérpera e recém-nascido e identificação das suas necessidades;
- Desenvolver competências de reflexão e análise das práticas em situação de puerpério e de adaptação à parentalidade;
- Refletir sobre a minha atuação e conduta enquanto futura EESMO;
- Analisar o caso de acordo com a Teoria da Consecução maternal de Ramona Mercer.

## **2.PROCESSO DE ENFERMAGEM**

### **2.1 Identificação / Caracterização biopsicossocial da família**

A puérpera AIFA, 34 anos, data de nascimento de 30/10/1984, residente na Moita casada, com 9º ano escolaridade, atualmente desempregada. Grupo sanguíneo ARh+. Nega patologias ou alergias. Não refere hábitos alcoólicos, tabágicos ou outros.

Segundo a puérpera, a mesma encontra-se inscrita na UCSP da Moita.

O progenitor masculino é o Sr. ° RA, tem 32 anos, residente na Moita, desempenha funções como Comercial numa empresa multinacional, com vínculo laboral efetivo, nega antecedentes pessoais relevantes e desconhece alergias. Refere hábitos tabágicos.

Como antecedentes familiares, a referir a mãe da puérpera com Diabetes Mellitus não insulinotratada e pai que faleceu com Enfarte Agudo do miocárdio.

### **2.2 Antecedentes ginecológicos e obstétricos**

Menarca aos 13 anos, normalmente com ciclos menstruais regulares, de aproximadamente 28 dias, com duração de mais ou menos 4 dias. Não referiu outras alterações relevantes. Iniciou atividade sexual aos 17 anos, usando como método contraceptivo a contraceção hormonal oral. Índice Obstétrico: 0010. Realizou há cerca de 6 anos uma interrupção voluntária da gravidez às 6 semanas de gestação, medicamentosa, sem necessidade de intervenção cirúrgica.

### **2.3 História da Gravidez Atual**

Gravidez desejada e planeada pelo casal. Data da última menstruação 18/06/2018 com data provável parto para 01/04/2019. Gravidez vigiada na UCSP da Moita, sem intercorrências com a primeira consulta realizada às 7 semanas de gravidez e com um total de 8 consultas. Tomou a medicação inerente à gravidez, nomeadamente, ácido fólico, ferro e iodo.

Durante a gravidez realizou 3 exames ecográficos, tendo sido o primeiro realizado às 11 semanas e 4 dias, o segundo às 22 semanas e 3 dias e o terceiro às 32 semanas de gravidez. Em todos os exames ecográficos não foram detetadas alterações na morfologia fetal, anexos fetais e placenta. Feto em apresentação cefálica na ecografia de 3º trimestre. Fez prova de tolerância à glucose oral, que se revelou negativa para diabetes gestacional. Relativamente às serologias do 3º trimestre é imune à Rubéola e à toxoplasmose. VDRL, Antigénio Hbs, Anticorpos HCV



e HIV1 e 2 negativos. O exsudado vaginal e ano-retal para pesquisa de estreptococos B, igualmente negativo.

Peso habitual de 64kg e altura de 1,63 metros. IMC:  $64 / (1,63 * 1,63) = 24,06$ , o que reflete um índice com peso normal. Durante a gravidez, teve um aumento ponderal de 15Kg.

Por opção da puérpera não frequentou as aulas de preparação para o nascimento.

## **2.4 Serviço de Urgência Obstétrica e ginecológica – Bloco de Partos**

Gravidez de 41 semanas admitida no Bloco de Partos a 08/04/2019 às 9h:30m para indução de trabalho de parto. Segundo as notas de enfermagem realizadas no bloco de partos, à entrada a grávida apresentava bolsa de águas íntegra e colo do útero posterior permeável a 1 dedo. Foi induzida com dinoprostona 1mg às 10h00m. Registos cardiotocográficos tranquilizadores com aparente bem-estar fetal. Às 16h30m, ao toque vaginal apresentou colo do útero com dilatação de 3 cm. Na avaliação das 19h00m, há referência de colo do útero fino com 4 cm de dilatação, apresentou rutura espontânea da bolsa de águas com saída de líquido amniótico claro. Às 22h00m apresentava 5 cm de dilatação com colo do útero fino, queixosa, altura em que foi realizada analgesia epidural com sufentanil e ropivacaína. Na avaliação da 01h50m, apresentou colo do útero com 8 cm de dilatação e às 03h30m dilatação completa, altura em que iniciou esforços expulsivos. Há referência em notas da presença do pai do bebé, e de ter realizado, durante o trabalho de parto, duche de água quente para alívio da dor, deambulação e uso de bola de pilates

Nascimento de nado vivo no dia 09/04/2019 às 03h43m, de parto eutócico, sob analgesia epidural. Realizada episiotomia médio lateral e episiorrafia. Dequitação natural e aparentemente completa com placenta sem anomalias. Cordão umbilical com morfologia normal de 2 artérias e 1 vaso, apresentando 1 circular cervical larga ao pescoço. Realizou perfusão ocitócica após a dequitação, com formação do globo de segurança de pinard, útero contraído peri-umbilical e lóquios hemáticos em moderada quantidade.

Recém-nascido do sexo feminino, com Índice de Apgar de 9/10 com 3125g de peso e aparentemente sem malformações físicas, foi administrada vitamina K.

Proporcionado contato pele-a-pele precoce entre a mãe e a bebé após o parto e início da amamentação na primeira hora de vida, com bons reflexos de sucção e deglutição. Puérpera hemodinamicamente estável, realizou 2h de recobro no bloco de partos, após as quais foram transferidas mãe e filha para o Serviço de Obstetrícia.

## **2.5 Serviço de Internamento de Obstetrícia**

Ao longo do internamento, a puérpera apresentou-se colaborante nos cuidados e ensinamentos realizados. Estado emocional de felicidade, no entanto, demonstrou alguma ansiedade e sentimentos de insegurança na prestação de cuidado ao recém-nascido, revelando ter receio aquando da alta para o domicílio.

Ao exame físico, apresentou pele e mucosas coradas e hidratadas, mamas moles com presença de colostro, mamilos rasos, mas prostráteis ao estímulo, útero contraído situado abaixo da cicatriz umbilical, períneo com episiorrafia, que apresentou boa evolução cicatricial, sem sinais inflamatórios ou edema, lóquios hemáticos em moderada quantidade com cheiro suis generis e sem coágulos e membros inferiores com ligeiro edema.

Como terapêutica apenas foram administrados analgésicos orais, nomeadamente Paracetamol 1gr. Teve alta hospitalar no dia 11/04/2019, com ensinamentos realizados sobre cuidados com a mãe e bebé, vigilância materna pós-natal, contraceção, sinais de alarme da puérpera e do recém-nascido, vigilância infantil e encaminhamento para os cuidados de saúde primários.

Relativamente ao recém-nascido, ao exame físico e neurológico, apresentou pele e mucosas coradas e hidratadas; fontanelas moles, planas, normotensas e suturas justapostas; face sem assimetrias; olhos, nariz, boca e orelhas sem malformações aparentes; pescoço sem massas ou alterações; tórax e clavículas integras; abdómen mole e sem distensão; coto umbilical bem clampado, sem sinais de hemorragia; pulsos femorais palpáveis; ânus perfurado e vagina sem malformações; membros com movimentos simétricos e sem alteração do tônus muscular; reflexo de rotação, sucção, deglutição, preensão, marcha e moro presentes. Não apresentou intercorrências durante o internamento, realizou aleitamento materno em exclusivo.

Foi vacinado no dia 10/04/2019 segundo o Plano Nacional de Vacinação com vacina anti hepatite B e no mesmo dia foi realizado o rastreio das cardiopatias congénitas, com resultado negativo. Na data de alta a 11/04/2019, realizou o reflexo do olho vermelho e o rastreio auditivo neonatal, ambos sem alterações.

## **2.6 Planeamento das Ações**

Com o propósito de otimizar a condição de saúde da mulher/ recém-nascido e permitir que a puérpera possa adquirir competências nas tarefas de cuidados que o papel de mãe envolve, foi elaborado o planeamento das ações recorrendo à taxonomia CIPE e avaliação dos cuidados segundo a Teoria de Ramona Mercer, promovendo ainda a continuidade dos cuidados de enfermagem. Foi planeada uma consulta de puerpério para 48h após a alta, tendo como

objetivos: dar continuidade aos cuidados prestados durante o internamento; promover a consecução do papel maternal; promover a articulação dos cuidados com os recursos da comunidade, nomeadamente com a UCSP, na qual a puérpera está inscrita (Apêndice A).

### 2.6.1 Diagnósticos de enfermagem de acordo com a taxonomia CIPE, puérpera

DIAGNÓSTICO	OBJETIVO	INTERVENÇÃO	AValiação/ REFORMULAÇÃO/ ENCAMINHAMENTO
Perda Sanguínea Vaginal presente  Diagnóstico levantado a 09/04/2019	Avaliar perda sanguínea	Vigiar cor da pele Monitorizar frequência cardíaca Monitorizar tensão arterial Vigiar involução do útero Vigiar lóquios	Durante todo o internamento apresentou pele corada, normocárdica e normotensa. Progressão normal da involução uterina, apresentando útero localizado 2 dedos abaixo da cicatriz umbilical, com lóquios hemáticos em moderada quantidade com cheiro suis generis e sem a presença de coágulos. <b>Reavaliação em consulta de puerpério.</b>
Ferida cirúrgica no períneo presente  Diagnóstico levantado a 09/04/2019	Promover cicatrização da ferida  Prevenir infeção	Avaliar ferida cirúrgica Vigiar sinais de infeção Ensinar sobre autocuidado: Ensinar sobre precauções de segurança: ferida	Episiorrafia sem sinais inflamatórios sem edema e com boa evolução cicatricial. Validação de ensinamentos sobre autocuidado e precauções relativamente à ferida perineal verificando-se que puérpera adquiriu conhecimentos. <b>Reavaliação em consulta de puerpério.</b>
Dor em grau moderado presente períneo  Diagnóstico levantado a 09/04/2019	Dor diminuída no períneo	Monitorizar a dor através da escala numérica Assistir a pessoa na identificação de estratégias de alívio da dor Aplicar frio	Dor controlada através das estratégias de alívio da dor nomeadamente a aplicação de gelo. Diagnóstico encerrado a 11/04/2019
Conhecimento sobre planeamento familiar ausente  Diagnóstico levantado a 11/04/2019	Aquisição de conhecimentos sobre planeamento familiar	Ensinar sobre planeamento familiar Instruir sobre planeamento familiar Validar conhecimento sobre planeamento familiar	Aprendizagem sobre planeamento familiar melhorada. Foram incentivados a marcar uma consulta de revisão de puerpério e consulta de planeamento familiar no centro de saúde. Diagnóstico encerrado a 11/04/2019
Cansaço presente em grau elevado  Diagnóstico levantado a 10/04/2019	Promover o repouso adequado à puérpera	Ensinar a mãe sobre hábitos de repouso. Incentivar participação nos cuidados ao recém-nascido do pai	Puérpera adquiriu conhecimentos relativamente aos hábitos de repouso, no entanto refere dificuldade em descansar em ambiente de internamento. <b>Reavaliação em consulta de puerpério.</b>

DIAGNÓSTICO	OBJETIVO	INTERVENÇÃO	AValiação/ REFORMULAÇÃO/ ENCAMINHAMENTO
Potencial para melhorar o conhecimento da mãe e (ou) pai para tomar conta (necessidades desenvolvimentais )	<p>Avaliar conhecimento da mãe e (ou) pai para tomar conta (necessidades desenvolvimentais)</p> <p>Promover a aquisição de competências nas tarefas de cuidados que lhe permitam cuidar do RN e cumprir o papel maternal</p>	<p>Ensinar a mãe e (ou) o pai a vigiar o coto umbilical</p> <p>Ensinar a mãe e (ou) o pai sobre comportamento de procura de saúde</p> <p>Ensinar a mãe e (ou) o pai sobre eliminação intestinal</p> <p>Ensinar a mãe e (ou) o pai sobre eliminação urinária</p> <p>Ensinar a mãe e (ou) o pai sobre higiene</p> <p>Ensinar a mãe e (ou) o pai sobre medidas de segurança</p> <p>Ensinar a mãe e (ou) o pai sobre desenvolvimento infantil</p> <p>Ensinar a mãe e (ou) o pai sobre vacinas</p> <p>Instruir a mãe e (ou) o pai a trocar a fralda</p> <p>Ensinar mãe a manipular o recém-nascido</p> <p>Treinar mãe a manipular o recém-nascido</p> <p>Ensinar sobre a massagem abdominal</p> <p>Ensinar mãe sobre choro do recém-nascido</p> <p>Ensinar sobre vestuário do recém-nascido</p> <p>Ensinar sobre posicionamento do recém-nascido</p> <p>Ensinar sobre condições de risco para a aspiração</p> <p>Ensinar sobre segurança do recém-nascido</p> <p>Treinar técnicas de conforto do recém-nascido</p>	<p>Pais estão mais confiantes no desempenho das atividades relacionadas com os cuidados ao Recém-nascido. Demonstram maior confiança na capacidade de resolução de problemas e identificação de situações que necessitem de apoio por parte de terceiros. De acordo com Ramona Mercer estão a iniciar a transição do segundo para o terceiro estado de desenvolvimento parental e adoção de papel de mãe, encontrando-se atualmente no início da fase informal. Apesar da evolução das capacidades parentais mantem a necessidade de apoio e vigilância por parte dos profissionais de saúde.</p> <p><b>Reavaliação em consulta de puerpério.</b></p>
<p>Diagnóstico levantado a 09/04/2019</p> <p>Conhecimento sobre amamentação não demonstrado</p>	<p>Avaliar o amamentar</p> <p>Avaliar conhecimento sobre o amamentar</p>	<p>Ensinar a mãe sobre sinais de fome do recém-nascido</p> <p>Ensinar sobre amamentar</p> <p>Ensinar sobre características do leite materno</p> <p>Ensinar sobre vantagens da amamentação</p> <p>Ensinar sobre sinais de boa pega</p> <p>Ensinar sobre técnica de extrair leite</p> <p>Ensinar sobre complicações</p> <p>Instruir sobre a prevenção da maceração</p> <p>Ensinar sobre ingurgitamento mamário</p> <p>Instruir técnica de amamentação</p> <p>Vigiar mama</p> <p>Vigiar mamada</p>	<p>Mamas moles com colostro, mamilos rasos íntegros.</p> <p>Foram validados ensinamentos e feitas demonstrações sobre massagem mamária, posicionamentos para aleitamento, sinais de boa pega e técnica de extração de leite. Demonstra maior confiança para amamentar, no entanto mantém dúvidas e dificuldades. Foram oferecidos contactos de linhas de atendimento permanente e Cantinho de Amamentação.</p> <p><b>Reavaliação em consulta de puerpério.</b></p>
Diagnóstico levantado a 09/04/2019	Facultar conhecimentos para promover a amamentação		

**2.6.2 Diagnósticos de enfermagem de acordo com a taxonomia CIPE, recém-nascido**

DIAGNÓSTICO	OBJETIVO	INTERVENÇÃO	AVALIAÇÃO/ REFORMULAÇÃO/ ENCAMINHAMENTO
Risco de cólica  Diagnóstico levantado a 09/04/2019	Avaliar cólica  Prevenir a presença de cólicas no RN  Promover bem-estar do RN	Ensinar mãe sobre massagem abdominal Ensinar a mãe sobre a técnica de eructação. Ensinar mãe sobre sinais de cólicas Massajar partes do corpo Estimular a eliminação intestinal do recém-nascido Vigiar dor na Escala de EDIN	Recém-nascido apresentou várias vezes episódios de cólicas durante o internamento. Feito validação dos conhecimentos da mãe que adquiriu embora apresente dificuldade na execução de técnicas de conforto. <b>Reavaliação em consulta de puerpério.</b>
Desenvolvimento infantil não alterado  Diagnóstico levantado a 09/04/2019	Vigiar o bem-estar do recém-nascido	Vigiar choro Vigiar eliminação intestinal Vigiar eliminação urinária Vigiar a pele Vigiar coordenação sucção-deglutição Vigiar reflexo de sucção Vigiar reflexo de deglutição Vigiar tônus muscular	Recém-nascido apresentou choro adequado, padrão de eliminação intestinal e vesical adequado, pele sem alterações e boa vitalidade. Desenvolvimento infantil adequado para a idade. <b>Reavaliação em consulta de puerpério.</b>
Risco de infecção  Diagnóstico levantado a 09/04/2019	Prevenir a infecção nomeadamente do coto umbilical	Vigiar coto umbilical Vigiar sinais de infecção Ensinar a mãe sobre cuidados ao coto umbilical	Recém-nascido com coto umbilical inicialmente gelatinoso e depois mumificado, sem sinais inflamatórios ou cheiro fétido Feito validação dos conhecimentos da mãe, que adquiriu embora refira dificuldade em proceder aos cuidados por receio de magoar o bebé. <b>Reavaliação em consulta de puerpério.</b>
Risco de ingestão nutricional insuficiente  Diagnóstico levantado a 09/04/2019	Manter ingestão nutricional adequada	Avaliar ingestão nutricional Vigiar refeição Vigiar reflexos de sucção Vigiar reflexos de deglutição Vigiar sinais de fome Vigiar sinais de hipoglicémia Monitorizar peso corporal	Recém-nascido alimentado com leite materno em exclusivo, apresentando reflexos de sucção e deglutição adequados, aparentemente com sensação de bem-estar e sem sinais de hipoglicémia. Mãe refere dificuldade para avaliar se o recém-nascido está satisfeito. <b>Reavaliação em consulta de puerpério.</b>

### **2.6.3 Plano de alta**

O internamento no puerpério imediato, é curto, o que implica que o enfermeiro inicie precocemente a preparação da alta hospitalar. Desta forma, o plano de alta inclui todos os ensinamentos abordados, não só momento da alta, mas também no decorrer do internamento.

#### **Relação/ vinculação da tríade:**

- Explicar e demonstrar competências de desenvolvimento do recém-nascido;
- Incentivar a comunicação e o contato da tríade.

#### **Involução Uterina:**

- Explicar o processo de involução uterina e os fatores que o favorecem;
- Ensinar sobre evolução e características dos lóquios (quantidade, cor e cheiro).

#### **Cuidados às mamas:**

- Higiene das mamas e mamilos;
- Aplicação do colostro/leite nos mamilos, prevenindo a maceração dos tecidos;
- Soutiens adequados à amamentação;
- Sinais de “descida do leite”, bem como cuidados inerentes de forma a evitar complicações;
- Ensinar a massajar as mamas e extração manual do leite materno, facilitando a drenagem do mesmo, recorrendo também à aplicação de água quente/ água fria.

#### **Aleitamento materno:**

- Ensinar sobre aleitamento materno e suas vantagens para a díade/família;
- Incentivar a amamentação em horário livre e mamas alternadas;
- Explicar as desvantagens do uso de chupetas e mamilos artificiais;
- Explicar sinais de boa pega e fornecer ajuda;
- Ajudar a identificar posições confortáveis para amamentar.

#### **Higiene perineal:**

- Orientar sobre os cuidados de higiene perineais;
- Explicar que os pontos de episiorrafia, não são para ser retirados, acabando por cair até ao 15º dia;
- Muda frequente do penso higiénico.

#### **Alimentação e hidratação:**

- Incentivar uma alimentação equilibrada e polifracionada;

- Incentivar ingestão hídrica e sua importância na amamentação e restabelecimentos do padrão urinário e intestinal.

#### **Repouso e atividade física:**

- Alertar para a importância de um ambiente calmo promotor do repouso, sono e relaxamento;
- Estimular a puérpera a descansar, coordenando os seus períodos de sono com os horários do bebê, procurando ter períodos de repouso durante o dia;
- Ensinar sobre os exercícios de Kegel;
- Estimular a puérpera a frequentar o curso de recuperação pós-parto.

#### **Sexualidade:**

- Informar sobre as alterações na função sexual após o parto, nomeadamente, diminuição do desejo e lubrificação vaginal, resultado de alterações hormonais e envolvimento no cuidado ao recém-nascido;
- Incentivar a retoma das relações sexuais coitais após a consulta de revisão do parto.

#### **Planeamento familiar:**

- Informar sobre os métodos contraceptivos, nomeadamente o método de amenorreia lactacional, métodos hormonais compatíveis com a amamentação e métodos barreira.

#### **Vigilância da saúde materna e infantil:**

- Alertar para a importância da consulta de revisão do parto para a puérpera. Ensinar sobre esquemas de consultas médicas do recém-nascido, diagnóstico precoce, pesagens e vacinação;
- Alertar sobre a possível ocorrência de algumas situações consideradas normais no recém-nascido, como eritema tóxico, acne miliar, mancha mongólica, pseudo menstruação, ingurgitamento mamário, consistência líquidas das fezes e coloração, eliminação de cristais de urato na urina, etc.;
- Informar sobre sinais de alarme que poderão levar a mãe a recorrer ao serviço de urgência obstétrica;
- Ensinar sobre sinais de alarme do bebê, que poderão levar o recém-nascido à urgência pediátrica.

#### **Cuidados ao recém-nascido:**

- Ensinar sobre o banho do recém-nascido, demonstrando a técnica;
- Ensinar sobre a mudança da fralda;
- Ensinar sobre cuidados a ter com o coto umbilical;

- Ensinar sobre sinais de infecção do coto umbilical, vigiando edema, rubor, exsudado e cheiro;
- Ensinar sobre aplicação de soro fisiológicos nas narinas, em caso de obstrução nasal;
- Ensinar sobre eliminação urinária e intestinal e técnicas de alívio da cólica do recém-nascido.

**Prevenção de acidentes:**

- Temperatura da água do banho;
- Vestuário confortável, adequado à temperatura e retirar etiquetas;
- Não deixar o bebê numa superfície sem vigilância de um adulto/ sem proteções;
- O transporte do recém-nascido em cadeira homologada e corretamente colocada com os cintos de segurança do carro e da cadeirinha/ovo;
- Vigilância de contato de outras crianças mais velhas com o bebê;
- Evitar o contato do bebê com potenciais visitas que estejam doentes;
- Lavar as mãos antes de prestar cuidados ao bebê;
- Evitar manipular objetos perigosos (tóxicos, inflamáveis) junto do bebê;
- Não cozinhar ou manipular líquidos e alimentos quentes junto do bebê.



### 3. ANÁLISE DO CASO SEGUNDO A TEORIA DE RAMONA MERCER

No modelo de Mercer, o conceito de ambiente é definido como ambiente ecológico onde se desenvolve a consecução do papel maternal. Ou seja, considera que o desenvolvimento de um papel/pessoa não pode ser analisado independentemente do ambiente, pois existe uma adaptação entre a pessoa e as características em mudança nas ocorrências imediatas do ambiente onde a pessoa está inserida.

O ambiente é constituído por uma combinação de sistemas encaixados uns nos outros, definidos como macrosistema, mesosistema e microsistema, no centro do qual está a interação mãe-bebé. As tensões dentro do ambiente influenciam e condicionam a consecução do papel maternal.

Reportando então estes conceitos ao estudo de caso em questão, elaborei uma tabela com a informação observada e recolhida durante o internamento da puérpera/ recém-nascido.

<b>MACROSISTEMA</b>	<p><b><u>Consistência cultural transmitida</u></b></p> <p>Puérpera, cônjuge e ambas as famílias de nacionalidade portuguesa.</p> <p><b><u>Impacto do Sistema Nacional de Saúde</u></b></p> <p>Gravidez vigiada na Unidade de Cuidados de Saúde Primários da Moita.</p> <p>Só o pai tem apoio da Segurança Social para o gozo de licença parental que será de 20 dias.</p> <p>A mãe refere ter tido apoio dos serviços sociais durante a gravidez e refere que pretende recorrer ao mesmo apoio agora após o parto.</p>
<b>MESOSISTEMA</b>	<p><b><u>Trabalho:</u></b> mãe desempregada sem direito a subsídio de desemprego, pai em situação de emprego estável e pretende gozar licença de paternidade por apenas 15 dias.</p> <p><b><u>Infantário:</u></b> para já não vão recorrer ao infantário, usufruindo do apoio da família.</p>
<b>MICROSISTEMA</b>	<p><b><u>Apoio social:</u></b> puérpera refere que pode recorrer à ajuda de sua mãe, bem como dos pais do seu marido, refere ainda um ciclo de amigos com laços estreitos, no entanto não os referiram para apoio, se necessário.</p> <p><b><u>Funcionamento familiar:</u></b> dinâmica familiar que inclui a mãe da puérpera (pai faleceu com enfarte agudo do miocárdio) e os pais do progenitor masculino.</p> <p><b><u>Relação mãe-pai:</u></b> durante o internamento a dinâmica familiar pareceu harmoniosa. A mãe estimulou o pai para a participação nos cuidados e utilizou vários elogios, referindo que este a ajuda muito. Referiu ainda que o pai normalmente consegue ser mais ponderado e prático nas diferentes decisões complementando-se um ao outro.</p> <p><b><u>Mãe:</u></b> A paternidade que recebeu durante a sua infância foi maioritariamente fornecida pela mãe, uma vez que o seu pai faleceu quando esta tinha 7 anos. Refere manter um bom relacionamento com sua mãe. Define-se como uma pessoa otimista mas também um pouco ansiosa, no entanto em situações de stress tem habitualmente um comportamento impulsivo com reações que definiu como exageradas. Durante o internamento manifestou sentimentos de baixa autoestima e de insegurança relativamente à sua capacidade para cuidar a sua filha.</p>

	<p>A frustração por não conseguir acalmar a criança durante um período de choro levou a que chegasse a pensar que seria incapaz de tratar da sua filha, ficando ansiosa. Não apresentou dificuldade em estabelecer a amamentação, no entanto, em alguns momentos, pensou que o seu leite não seria suficiente e de boa qualidade para amamentar. Referiu ainda que o cansaço a impedia de se sentir capaz para cuidar da sua filha na plenitude. Mostrou-se bastante recetiva à ajuda dos profissionais e quando lhe foi proposta a Consulta de Enfermagem do Puerpério, para a ajudar e orientar neste processo de transição, aceitou prontamente.</p> <p><b>Papel materno/identidade:</b> a puérpera encontra-se na fase formal de acordo com esta teórica. Esta fase inicia-se com o nascimento do bebé e inclui a aprendizagem e o desempenho de papel de mãe.</p> <p><b>Bebé:</b> a puérpera referiu que a sua filha corresponde ao que tinha imaginado em termos de aparência física, no entanto considera que não consegue perceber quais os motivos a que a levam a chorar tanto e a apresentar dificuldades para iniciar a mamada.</p> <p><b>Resultado no bebé:</b> aparentemente sem intercorrências relativas ao desenvolvimento esperado. Informação insuficiente para mais considerações.</p>
--	--

#### 4. CONCLUSÃO

A prática baseada na teoria traz benefícios para o cuidador e para a pessoa cuidada, uma vez que permite sistematizar as ações de enfermagem. Permite ainda desenvolver o raciocínio e o pensamento crítico, organizando a informação, analisando cada situação e auxiliando a tomada de decisões individualizadas e centradas na pessoa. Permite planejar e implementar intervenções de enfermagem adequadas, prever os seus efeitos e avaliar a sua eficácia.

Para Mercer os enfermeiros são responsáveis pela promoção da saúde das famílias e são cruciais no fornecimento de informação, pois a forma como cuidam das mulheres durante a gravidez e no primeiro ano após o nascimento dos bebés, poderá ter repercussões no futuro destas famílias. Esta teórica reconhece ainda os enfermeiros como os “profissionais de saúde com a interação mais sustentada e intensa com mulheres no ciclo da maternidade”. O contacto que o enfermeiro tem com a mulher a seguir ao parto é de facto uma oportunidade privilegiada, que permite ao enfermeiro educar para a promoção da saúde, tendo a responsabilidade de fazê-lo de forma pensada e justificada, pela teoria em articulação com a evidência científica.

A elaboração deste estudo de caso foi enriquecedor para o meu percurso enquanto enfermeira prestadora de cuidados em Obstetrícia, pois permitiu-me utilizar um pensamento crítico e reflexivo tomando consciência da importância da atuação do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (EESMO), não só no suporte ao processo de transição para a parentalidade, mas também na formação e integração de alunos de enfermagem e enfermeiros no serviço. Desta forma, o grande objetivo será uma prestação de cuidados de qualidade, individualizados e centrados nas utentes/ famílias, facilitando a adaptação à nova realidade e promovendo a saúde da comunidade.

A elaboração de um estudo de caso com uma família, na qual se destacava a ansiedade materna na prestação de cuidados ao bebé, permitiu-me tomar consciência do meu comportamento enquanto futura EESMO e estruturar as minhas intervenções relativamente a uma situação tão comum, mas tantas vezes desvalorizada. Este trabalho estimulou ainda a revisão da literatura, a reflexão e a análise crítica sobre os cuidados de enfermagem especializados muito direcionados para a educação em saúde. Sendo este um dos percursos imediatos para o desenvolvimento das competências no processo de transição e adaptação à parentalidade, deve-se estimular e capacitar os pais nos cuidados ao recém-nascido, perspetivando assim o seu desenvolvimento saudável.

Segundo o regulamento de competências específicas, o EEESMOG cuida da mulher inserida na família e comunidade, no sentido de potenciar a saúde da mulher e recém-nascido, apoiando

o processo de transição e adaptação à parentalidade, durante o período pós-natal (Ordem dos Enfermeiros, 2010), no entanto a atuação do EEESMOG é ainda mais importante, tendo a responsabilidade de motivar e formar os seus pares, com o objetivo de estimular o desenvolvimento de competências, dar maior visibilidade aos cuidados de enfermagem e à própria profissão, tornando-se assim num elemento de referência para a equipa.

Considero, assim, que a realização deste trabalho me permitiu a consecução dos objetivos a que me propus para o mesmo, a mobilização na prática de muitos conhecimentos teóricos, adquiridos na formação do Mestrado e a reflexão de forma estruturada sobre as minhas práticas, fortalecendo assim o desenvolvimento das minhas competências enquanto futura EESMO.

## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bobak, I., Lowdermilk, D., Jenses, M., & Perry, S. (1999). *Enfermagem na Maternidade* (4.<sup>a</sup> ed.). Loures: Lusociência.

Meighan, M. (2011). Adopción del rol materno-convertirse en madre. In M. Alligood, & A. Tomey, *Modelos y teorías en enfermería* (7<sup>a</sup> Edition ed.). Barcelona: Elsevier Mosby. pp. 581-597

Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República 2.<sup>a</sup> Série, N.º 26 (6 de fevereiro de 2019). 4744-4750.

Regulamento n.º 127/2011 de 18 de fevereiro (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. Diário da República 2.<sup>a</sup> Série, N.º 35 (18 de fevereiro de 2011). 8662-8666.

Tomey, A & Alligood, M. (2002). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra - modelos e teorias de enfermagem* (A. Albuquerque, trad). (5<sup>a</sup>ed). Loures: Lusociência. (tradução do original do inglês Nursing theorists and their work).

## APÊNDICE A - Consulta de Enfermagem do Puerpério

### PLANEAMENTO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM DO PUERPÉRIO

#### Objetivo da consulta:

- Avaliar a necessidade de cuidados da puérpera/família e RN;
- Dar continuidade aos cuidados prestados durante o internamento;
- Promover a consecução do papel maternal;
- Promover a articulação dos cuidados com os recursos da comunidade, nomeadamente com a UCSP onde a puérpera está inscrita.

### PROCESSO DE ENFERMAGEM

#### *Exame físico da puérpera*

Pele e mucosas	Coradas e hidratadas
Mamas	Tensas, mamilos formados, sem fissuras ou macerações, com presença de leite
Útero	Bem contraído 4 dedos abaixo da cicatriz umbilical
Lóquios	Sero hemáticos escassos
Períneo	Episiorrafia cicatrizada e sem sinais inflamatórios
Eliminação urinária e intestinal	Com padrão igual ao anterior à gravidez
Membros inferiores	Edema maleolar, sem dor
Estado emocional	Calma, exprimindo sentimentos de felicidade, no entanto refere momentos de choro fácil e ansiedade que estão associados às dificuldades na prestação de cuidados do RN.

#### *Exame físico do recém-nascido*

Pele e mucosas	Ictéricas (bilirrubina transcutânea de 14,2mg/dl – sem indicação para fototerapia) e hidratadas
Choro	Adequado
Reflexos (Vitalidade)	Boa vitalidade
Reflexo sucção/deglutição	Presentes
Refeição	Leite materno
Coto umbilical	Mumificado e sem sinais inflamatórios
Eliminação vesical	Entre 6/7 vezes/dia características normais
Eliminação intestinal	4 vezes/dia fezes acastanhadas

## ANÁLISE DO CASO DE ACORDO COM A TEORIA DE RAMONA MERCER

	Visita domiciliária
<b>Macrosistema</b>	<p><b><u>Consistência cultural transmitida</u></b> Sem alterações relativamente ao internamento</p> <p><b><u>Impacto do Sistema Nacional de Saúde</u></b> Recorreu à Unidade de Cuidados de Saúde Primários da Moita para realização de PKU e consulta Planeamento Familiar. _Pai atualmente em licença de paternidade</p> <p>Puérpera com apoio monetário dos serviços sociais</p>
<b>Mesosistema</b>	<p><b><u>Trabalho</u></b> Sem alterações relativamente ao internamento</p> <p><b><u>Infantário:</u></b> Sem alterações relativamente ao internamento</p>
<b>Microsistema</b>	<p><b><u>Apoio social:</u></b> Tem recebido apoio da mãe, da madrinha da bebe e dos sogros, que se têm mostrado disponíveis sempre que são solicitadas</p> <p><b><u>Funcionamento familiar:</u></b> utilização de tabela Apgar familiar que sugere uma família altamente familiar.</p> <p><b><u>Relação mãe-pai:</u></b> Sem alterações relativamente ao internamento, a mãe refere que este tem sido um suporte valioso, sempre pronto a participar nos cuidados à bebé</p> <p><b><u>Mãe:</u></b> Sem alterações relativamente ao internamento, no entanto refere uma maior confiança relativamente aos cuidados da bebe, embora se sinta por vezes insegura. O choro da bebe continua a incomodá-la, mas refere maior capacidade de resposta. Mostra-se agradada com o facto de estar a amamentar em exclusivo o bebé. Mantém queixas de cansaço e dificuldade em se adaptar a nova rotina diária.</p> <p><b><u>Papel materno/identidade:</u></b> encontra-se na fase informal adequando o seu papel ao seu estilo de vida e desenvolve formas únicas de lidar com o papel de mãe,</p> <p><b><u>Bebé/Resultado no bebé:</u></b> aparentemente sem intercorrências relativas ao desenvolvimento esperado.</p>

## REAValiação em consulta dos diagnósticos levantados no internamento

DIAGNÓSTICO	OBJETIVO	INTERVENÇÃO	AValiação na consulta
Potencial para melhorar o conhecimento da mãe e (ou) pai para tomar conta (necessidades desenvolvimentais)	Promover a aquisição de competências nas tarefas de cuidados que lhe permitam cuidar do RN e cumprir o papel maternal	Validar conhecimentos sobre: Manipulação do recém-nascido Massagem abdominal Sinais de cólica no recém-nascido Choro do recém-nascido Higiene do recém-nascido Vestuário do recém-nascido Desenvolvimento infantil Posicionamento do recém-nascido Condições de risco para a aspiração Segurança do recém-nascido Técnicas de conforto do recém-nascido	Verificou-se que a puérpera adquiriu conhecimentos e demonstra maior confiança na capacidade de resolução de problemas. O choro da bebé continua a incomodá-la, mas refere maior capacidade de resposta. Reforçados ensinamentos sobre o choro do bebé e medidas de conforto. Segundo a teoria da consecução do Papel Maternal encontra-se na fase informal adequando o seu papel ao seu estilo de vida e desenvolve formas únicas de lidar com o papel de mãe,
Conhecimento sobre amamentação não demonstrado	Facultar conhecimentos para promover a Amamentação	Validar conhecimentos sobre Sinais de fome do recém-nascido Características do leite materno Hábitos de repouso durante a lactação Vantagens da amamentação Sinais de boa pega (avaliação da mamada) Técnica de extrair leite	Verificou-se que a puérpera adquiriu conhecimentos e demonstra maior confiança na capacidade de resolução de problemas, no entanto, foram reforçados ensinamentos sobre as mamadas. Reforçado ensino sobre extração de leite. Não apresentou dificuldades na avaliação da mamada.
Risco de hemorragia	Hemorragia ausente	Avaliar cor da pele Avaliar involução do útero Avaliar lóquios	Avaliação realizada e não apresentou sinais de hemorragia
Ferida cirúrgica períneo presente	Promover cicatrização da ferida Prevenir infeção	Avaliar ferida cirúrgica Pesquisar sinais de infeção Validar conhecimentos sobre Autocuidado: Precauções de segurança: ferida	Ferida cirúrgica cicatrizada e sem sinais de infeção. Verificou-se que a puérpera adquiriu conhecimentos relativamente ao autocuidado e precauções de segurança da ferida.
Cansaço presente em grau elevado	Facultar conhecimentos sobre repouso adequados	Validar conhecimentos sobre Hábitos de repouso	Verificou-se que a puérpera adquiriu conhecimentos, no entanto ainda refere o cansaço como aspeto negativo. Reforçado ensino sobre a importância de hábitos de sono durante o dia.

DIAGNÓSTICO	OBJETIVO	INTERVENÇÃO	AValiação na consulta
Risco de cólica	Prevenir a presença de cólicas no RN. Promover bem-estar do RN.	Avaliar abdómen do recém-nascido Avaliar padrão de eliminação intestinal (conhecimentos validados em diagnóstico anterior)	Abdómen mole e depressível. Padrão intestinal de 4 vezes/dia fezes amareladas.
Desenvolvimento infantil não alterado	Vigiar o bem-estar do recém-nascido	Avaliar choro Avaliar eliminação intestinal Avaliar eliminação urinária Avaliar a pele Avaliar reflexos (vitalidade)	Choro adequado Padrão de eliminação urinária e intestinal sem alterações. Pele íntegra com pequena descamação dos membros inferiores Reflexos presentes.
Risco de infeção	Prevenir a infeção nomeadamente do coto umbilical	Avaliar coto umbilical Avaliar sinais de infeção	Coto umbilical mumificado e sem sinais de onfalite.
Risco de ingestão nutricional insuficiente	Manter ingestão nutricional adequada	Avaliar refeição Avaliar reflexos de sucção Avaliar reflexos de deglutição Avaliar sinais de fome Avaliar sinais de hipoglicémia Avaliar padrão de eliminação urinária	Em aleitamento materno em exclusivo, reflexos presentes, sem sinais de fome ou hipoglicémia. Aumento ponderal em conformidade. Tem presença de urina clara na fralda +/- 6/7 vezes por dia.



## APÊNDICE B - Instrumentos de apoio

APGAR FAMILIAR	Quase sempre	Às vezes	Raramente
Estou satisfeita com a atenção que recebi da minha família, quando algo me incomoda.	X		
Estou satisfeita com a maneira com que a minha família discute as questões de interesse comum e compartilha comigo a resolução de problemas.	X		
Sinto que a minha família aceita os meus desejos de iniciar novas atividades ou de realizar mudanças no meu estilo de vida	X		
Estou satisfeita com a maneira com que a minha família expressa afeição e reage em relação aos meus sentimentos de raiva, tristeza e amor.	X		
Estou satisfeita com a maneira com que eu e a minha família passamos o tempo juntos		X	
Classificação			
Resultado de 7 – 10 pontos: sugere uma família altamente funcional.			
Resultado de 4 – 6 pontos: sugere uma família moderadamente disfuncional.			
Resultado de 0 – 3 pontos: sugere uma família severamente disfuncional			

FONTE: Instrumentos de avaliação estrutural da família – Enfermagem Comunitária II

– Enfermagem da família, baseado em SMILKSTEIN (1978) (pp. 24)

### Formulário de Observação da Mamada

Nome da mãe \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_


Nome do bebê \_\_\_\_\_ Idade do bebê \_\_\_\_\_

Sinais de que a amamentação está indo bem:	Sinais de possível dificuldade:
<b>GERAL</b>	
Mãe:	Mãe:
<input type="checkbox"/> A mãe parece saudável	<input type="checkbox"/> A mãe parece doente ou deprimida
<input type="checkbox"/> A mãe está relaxada e confortável	<input type="checkbox"/> A mãe parece tensa e desconfortável
<input type="checkbox"/> Sinais de vínculo entre a mãe e seu bebê	<input type="checkbox"/> Sem troca de olhar entre mãe e bebê
Bebê:	Bebê:
<input type="checkbox"/> O bebê parece saudável	<input type="checkbox"/> O bebê parece sonolento ou doente
<input type="checkbox"/> O bebê está calmo e relaxado	<input type="checkbox"/> O bebê está inquieto ou chorando
<input type="checkbox"/> O bebê tenta alcançar ou procura a mama quando tem fome	<input type="checkbox"/> O bebê não tenta alcançar ou não procura a mama
<b>MAMAS</b>	
<input type="checkbox"/> As mamas parecem saudáveis	<input type="checkbox"/> As mamas estão vermelhas, inchadas ou doloridas
<input type="checkbox"/> Não há dor ou desconforto	<input type="checkbox"/> Há dor na mama ou mamilo
<input type="checkbox"/> A mama é bem apoiada com os dedos longe do mamilo	<input type="checkbox"/> As mamas são apoiadas com os dedos sobre a aréola
<b>POSIÇÃO DO BEBÊ</b>	
<input type="checkbox"/> A cabeça e o corpo do bebê estão alinhados	<input type="checkbox"/> O pescoço e a cabeça do bebê estão virados para a mama
<input type="checkbox"/> O bebê está próximo do corpo da mãe	<input type="checkbox"/> O bebê não está próximo da mãe
<input type="checkbox"/> Todo o corpo do bebê recebe apoio	<input type="checkbox"/> O bebê é apoiado apenas pela cabeça e pelo pescoço
<input type="checkbox"/> O bebê se aproxima da mama com o nariz apontado para o mamilo	<input type="checkbox"/> O bebê se aproxima da mama com o lábio inferior/queixo apontado para o mamilo
<b>PEGA DA MAMA PELO BEBÊ</b>	
<input type="checkbox"/> Mais aréola visível acima do lábio superior do bebê	<input type="checkbox"/> Mais aréola visível abaixo do lábio inferior do bebê
<input type="checkbox"/> A boca do bebê está bem aberta	<input type="checkbox"/> A boca do bebê não está bem aberta
<input type="checkbox"/> Lábio inferior voltado para fora	<input type="checkbox"/> Lábios apontam para frente ou para dentro
<input type="checkbox"/> O queixo toca a mama	<input type="checkbox"/> O queixo não toca a mama
<b>SUCÇÃO</b>	
<input type="checkbox"/> Sucção lenta e profunda com pausas	<input type="checkbox"/> Sucção rápida e superficial
<input type="checkbox"/> Bochechas cheias durante a sucção	<input type="checkbox"/> Bochechas vazias durante a sucção
<input type="checkbox"/> O bebê solta a mama quando termina	<input type="checkbox"/> A mãe tira o bebê da mama
<input type="checkbox"/> A mãe percebe sinais do reflexo da ocitocina	<input type="checkbox"/> Não são percebidos sinais do reflexo da ocitocina

INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado” – Fundo das Nações Unidas para a Infância; Organização Mundial da Saúde, p.137

## **ANEXOS**

## Anexo A: Autorização do Dr. Pedro Pechorro para a Utilização da Validação Portuguesa do Índice de Funcionamento Sexual Feminino (FSFI)

**Rita Rosado** <ritasantosrosado@gmail.com>  
para ppechorro ▾  
sábado, 18/05, 00:15 ☆ ↶ ⋮

Boa noite Exmo. Professor Doutor Pedro Pechorro,  
Venho por este meio solicitar o consentimento de V. Excelência para a utilização do Índice da Função Sexual Feminina validada em Português, no contexto da realização de Mestrado em Saúde Materna e Obstétrica - Departamento de Enfermagem da Universidade de Évora, Escola S. João de Deus. O estudo tem como finalidade apurar a influência da episiotomia na sexualidade após o parto, e pretendo aplicar a escala FSFI no Serviço de obstetria do Centro Hospital Barreiro/Montijo, E.P.E., onde exerço funções como enfermeira.  
Atenciosamente,  
Rita Rosado

---

**Pedro Pechorro** <ppechorro@gmail.com>  
para Abrunhosa, mim ▾  
sábado, 18/05, 07:58 ☆ ↶ ⋮

Cara Rita Rosado

Pode utilizar a validação portuguesa que fizemos do FSFI na sua investigação.  
Pode obter esse e outros artigos meus no link abaixo:  
[https://www.researchgate.net/profile/Pedro\\_Pechorro/research](https://www.researchgate.net/profile/Pedro_Pechorro/research)

Cumprimentos

## **Anexo B: Parecer da Comissão de Ética para a Investigação nas Áreas da Saúde Humana e Bem-Estar da Universidade de Évora para Aplicação do Estudo**



Documento	1	8	1	8	0
-----------	---	---	---	---	---

### **Comissão de Ética para a Investigação Científica nas Áreas de Saúde Humana e Bem-Estar Universidade de Évora**

A Comissão de Ética para a Investigação Científica nas Áreas da Saúde Humana e do Bem-Estar vem deste modo informar que os seus membros,

Prof. Doutor Luís Sebastião,  
Prof.<sup>a</sup> Doutora Maria de Fátima Jorge,  
e Prof.<sup>a</sup> Doutora Sandra Leandro

deliberaram dar

### **Parecer Positivo**

para a realização do Projeto:


*"Influência da episiotomia na sexualidade, após parto."* pela investigadora **Rita Alexandra dos Santos Junqueiro Rosado** (Mestranda) sob a supervisão da Prof.<sup>a</sup> Doutora Maria Otília Brites Zangão (responsável académica).

Universidade de Évora, 27 de Maio de 2019

O Presidente da Comissão de Ética


(Professor Doutor Jorge Quina Ribeiro de Araújo)

## Anexo C: Autorização Institucional para Aplicação do Estudo e respetivo Parecer da Comissão de Ética do CHBM, EPE

 **CHBM** Centro Hospitalar  
Barreiro Montijo, E.P.E.

Apresentado em Reunião  
do Conselho de Administração  
CHBM, E.P.E.  
de 29/03/2019  
ACTA N.º 14

**C.A.  
APROVADO**



**Pedro Lopes**  
Presidente do Conselho de Administração

---

Memorando // Nota interna n.º: 16/2019 Data: 22 / 03 / 2019

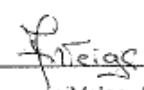
De: Comissão de Ética para a Saúde

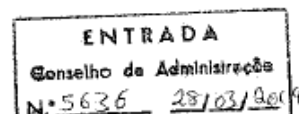
Para: António Manuel Viegas – Enfermeiro - Director e Vogal Executivo do Conselho de Administração

Assunto: Pedido de participação em estudo científico

A 22/03/2019 reuniu a Comissão de Ética do Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E.P.E. que analisou um pedido de autorização para recolha de dados através de questionários junto de mulheres multiparas que tenham sido submetidas a episiotomia durante o parto para um estudo científico intitulado "Influência da episiotomia na sexualidade, após o parto" a desenvolver por Rita Alexandra dos Santos Junqueiro Rosado, enfermeira a exercer funções no Serviço de Obstetria deste Centro Hospitalar e a frequentar mestrado em enfermagem de saúde materna e obstétrica na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora. Este estudo tem como objectivo compreender se a episiotomia tem impacto na sexualidade feminina após o parto. Na documentação anexa ao pedido foi junto a declaração de consentimento informado para as participantes e questionários devidamente anonimizados. Para a realização do projecto de investigação foi obtida a concordância de Luís Miranda, enfermeiro com funções de chefia do Serviço de Obstetria. É garantida a participação, livre e voluntária das participantes, bem como a confidencialidade dos dados recolhidos, deliberando a Comissão de Ética nada ter a opor à recolha de dados pretendida pela requerente.

Com os melhores cumprimentos,

  
(Filomena Veiga, Dr.ª)  
(Vice-Presidente da CES)



Exmo. Sr. Enfermeiro Diretor

do Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, EPE.

Eu, Rita Alexandra dos Santos Junqueiro Rosado, enfermeira a exercer funções no Serviço de Obstetria desta organização hospitalar, venho por este meio, solicitar a vossa excelência a aprovação para a realização de um questionário às utentes com critérios de inclusão para um estudo sobre "Influência da episiotomia na sexualidade após o parto", desenvolvido na sequência da realização do Mestrado Profissional em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Universidade de Évora/Escola Superior de Enfermagem São João de Deus.

Este estudo tem como principal objetivo compreender se a episiotomia tem impacto na sexualidade feminina após o parto. Desta forma, será desenvolvida uma pesquisa num grupo de mulheres, obedecendo a determinados critérios de seleção, pretendendo-se compreender a influência da episiotomia no retomar da atividade sexual após o parto, nas seguintes variáveis: desejo sexual, excitação sexual, lubrificação vaginal, orgasmo, satisfação sexual e dor (dispareunia). Após análise dos dados, pretende-se disponibilizar, às puérperas, ferramentas de apoio à vivência da sexualidade no pós-parto e assim contribuir para uma melhoria dos cuidados prestados enquanto futura Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Os critérios de inclusão são: mulheres multiparas que tenham sido submetidas a episiotomia durante o parto, há menos de 5 anos; mulheres de parto vaginal com períneo intacto e/ou laceração perineal, há menos de 5 anos.

Em termos metodológicos, trata-se de um estudo Retrospectivo Descritivo e Correlacional de abordagem quantitativa. Os dados serão recolhidos através de questionário realizado, às mulheres incluídas no estudo. No tratamento dos dados será utilizado o Software IBM® SPSS® Statistic.

O presente estudo realizar-se-á no período compreendido entre Março e Junho de 2019, em contexto do Estágio de Natureza Profissional no Serviço de Obstetria e Consulta Externa de Obstetria. Envio questionário e consentimento informado junto ao pedido.

Atenciosamente.

Pede deferimento


Barreiro, 01 de Março de 2019

Rita Rosado

(Rita Alexandra dos Santos Junqueiro Rosado)

Nada a opor, com interesse  
para o serviço, deve ser apresentado o  
resultado à equipe  
- Luís Almeida

## Anexo D: Instrumento de registo do Projeto Maternidade com Qualidade



**CHBM**  
Centro Hospitalar  
Barreiro Montijo EPE

**TABELA DE REGISTOS DE INTERVENÇÕES**  
BLOCO DE PARTOS

Etiqueta do doente

Data: __/__/__		Profissão: _____ Raça: _____		Preparação para o nascimento:	
IQ= __/__/__		Estado civil: _____ Escolaridade: _____		Sim _____ Não _____	
IG= __s__d		ITP: _____ TP espontâneo: _____		Método: _____	
Tipo parto: _____		Tempo TP: _____ Hora parto: _____		Responsável pelo parto: _____	
Anestesista: _____		Tipo de anestesia: _____			

Intervenções de enfermagem durante o Trabalho de Parto	Fase latente		Fase ativa		Grau de satisfação *Escala 0-4	Sugerido	Voluntário	< Nível Stress		> Auto control		N.A
	S	N	S	N				S	N	S	N	
Ingesta												
Tolerância à ingestão												
Deambulação/ mudança de posição												
Bola de Pilates												
Musicoaterapia												
Massagem Shiatsu												
Técnicas de relaxamento/massagem												
Posição de parto	Supina											
	Ereta											
	Sentada											
	Lateral											
	Cócoras											
	Gatas											
Observações:												

	S	N				
Plano de Parto						
Analgesia epidural						
Aplicação de calor no períneo						
Massagem perineal						
Manobras de Ritgen						
Hemorragia						
Dor perineal						
Traumatismo perineal						
Episiotomia/ Episiorrafia						
Laceração/Grau			GI	GII	GIII	GIV
Sutura de laceração						

TEMPO	Início	Término
Contacto pele-a-pele		
Início da amamentação		
Se não porque?		

\*ESCALA DE SATISFAÇÃO: 0 - Nada satisfeito, 1 - Pouco satisfeito, 2 - Satisfeito, 3 - Muito satisfeito, 4 - Extremamente satisfeita

## Anexo E: Plano de partos do CHBM, EPE



<b>PLANO DE PARTO</b> SERVIÇO DE OBSTETRÍCIA	
<p>Nome: _____ Idade: _____ Médico: _____</p> <p>Data prevista do parto: ____/____/____ Pessoa que vai assistir ao parto: _____</p>	
<p>Medos, angústias ou ansiedades que gostaria de partilhar:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p><b>Ambiente durante o trabalho de parto:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ouvir música durante a dilatação      <input type="checkbox"/> Luzes menos intensas      <input type="checkbox"/> Ingestão de água ou chá</p> <p><b>Lidar com as contrações:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Relaxamento e técnicas de respiração      <input type="checkbox"/> Duche      <input type="checkbox"/> Caminhar</p> <p><input type="checkbox"/> Ouvir música (trazer em formato mp3)      <input type="checkbox"/> Usar bola de Pilates      <input type="checkbox"/> Epidural</p> <p><b>Durante o nascimento:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Adotar a posição preferencial, se possível      <input type="checkbox"/> Realizar episiotomia (corte no períneo), apenas se necessário</p> <p><input type="checkbox"/> Gostaria que fosse _____ a cortar o cordão umbilical</p> <p><b>Depois do nascimento:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Quero o contato pele a pele      <input type="checkbox"/> Cuidados ao recém-nascido junto a mim      <input type="checkbox"/> Quero amamentar</p> <p><input type="checkbox"/> Quero que o bebé seja envolvido numa manta antes de pegar ao colo      <input type="checkbox"/> Outros</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	



**Durante a estadia no Serviço de Obstetria:**

- ☐ Quero ter o bebê sempre comigo
- ☐ Ser informada de todos os exames realizados ao meu bebê
- ☐ Quero estar presente em todos os procedimentos
- ☐ Outros

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Outras ideias e preferências:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Assinatura da mãe:**

\_\_\_\_\_

**Assinatura do Enfermeiro Responsável:**

\_\_\_\_\_